

N° 72

---

# SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2002-2003

---

---

Annexe au procès-verbal de la séance du 21 novembre 2002

## AVIS

PRÉSENTÉ

*au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur le projet de loi de finances pour 2003, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE,*

TOME II

SANTÉ

Par M. Gilbert BARBIER,  
Sénateur.

---

(1) Cette commission est composée de : M. Nicolas About, *président* ; MM. Alain Gournac, Louis Souvet, Gilbert Chabroux, Jean-Louis Lorrain, Roland Muzeau, Georges Mouly, *vice-présidents* ; M. Paul Blanc, Mmes Annick Bocandé, Claire-Lise Campion, M. Jean-Marc Juilhard, *secrétaires* ; MM. Henri d'Attilio, Gilbert Barbier, Christian Bergelin, Joël Billard, Mme Brigitte Bout, MM. Jean-Pierre Cantegrit, Bernard Cazeau, Jean Chérioux, Mme Michelle Demessine, M. Gérard Dériot, Mme Sylvie Desmarescaux, MM. Claude Domeizel, Michel Esneu, Jean-Claude Étienne, Guy Fischer, Jean-Pierre Fourcade, Serge Franchis, André Geoffroy, Francis Giraud, Jean-Pierre Godefroy, Mme Françoise Henneron, MM. Philippe Labeyrie, Roger Lagorsse, André Lardeux, Dominique Larifla, Dominique Leclerc, Marcel Lesbros, Mmes Valérie Létard, Nelly Olin, Anne-Marie Payet, M. André Pourny, Mme Gisèle Printz, MM. Henri de Raincourt, Gérard Roujas, Mmes Janine Rozier, Michèle San Vicente, MM. Bernard Seillier, André Vantomme, Alain Vasselle, Paul Vergès, André Vézinhét.

**Voir les numéros :**

Assemblée nationale (12<sup>ème</sup> législ.) : 230, 256 à 261 et T.A. 37

Sénat : 67 (2002-2003)

---

**Lois de finances.**

## SOMMAIRE

Pages

.....	4
<b>I. LA PRIORITÉ ACCORDÉE À LA SANTÉ PUBLIQUE ET A LA SÉCURITÉ SANITAIRE</b> .....	8
A. LA PRIORITÉ ACCORDÉE À LA SANTÉ PUBLIQUE.....	8
1. <i>La préparation de la loi de programmation sur la santé publique</i> .....	8
2. <i>La lutte contre le cancer érigée en chantier du quinquennat</i> .....	9
3. <i>Un effort maintenu pour la lutte contre le sida, dans une perspective internationale</i> .....	12
B. L'ACCENT MIS SUR LA SÉCURITÉ SANITAIRE.....	16
1. <i>Les agences sanitaires : des dotations permettant de financer des mesures nouvelles         en 2003</i> .....	16
2. <i>La nécessité d'une clarification des rôles et des missions de chacune des agences</i> .....	21
3. <i>L'installation prochaine de l'Agence française de sécurité sanitaire         environnementale (AFSSE)</i> .....	22
<b>II. L'OFFRE DE SOINS ET L'ACCÈS AUX SOINS : LE POIDS DU FINANCEMENT DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE</b> .....	24
A. LE POIDS FINANCIER CROISSANT DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE COMPLÉMENTAIRE .....	24
1. <i>Un nombre de bénéficiaires stabilisé</i> .....	24
2. <i>Un coût croissant pour le budget de l'Etat</i> .....	27
3. <i>Un effet de seuil partiellement résolu par l'aide à la mutualisation de la CNAMTS</i> .....	29
4. <i>Les risques de retrait des organismes complémentaires</i> .....	34
5. <i>Les limites du « panier de soins » de la couverture maladie complémentaire</i> .....	35
B. LES CRÉDITS CONSACRÉS À L'OFFRE DE SOINS .....	39
1. <i>Un effort sensible en faveur de la formation des professions médicales et         paramédicales</i> .....	39
2. <i>La prise en charge de l'IVG : la nécessité d'un apurement rapide de la dette de l'Etat</i> .....	40
3. <i>La disparition programmée du FIMHO</i> .....	42
4. <i>L'agence technique de l'information sur l'hospitalisation prochainement         opérationnelle</i> .....	43
<b>EXAMEN DE L'ARTICLE RATTACHÉ</b> .....	44
• <b>Art. 78 (nouveau) Dispositions diverses relatives à la couverture maladie         universelle (CMU)</b> .....	44
<b>TRAVAUX DE LA COMMISSION</b> .....	47
<b>I. AUDITION DU MINISTRE</b> .....	47
<b>II. EXAMEN DE L'AVIS</b> .....	56

## AVANT-PROPOS

Mesdames, Messieurs,

Le budget du ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées relève de la section « Santé, famille, personnes handicapées et solidarité » du projet de loi de finances pour l'année 2003.

L'organisation de cette section a été recomposée pour tenir compte de la nouvelle structure gouvernementale. Le nouveau Gouvernement a en effet vu la création d'un ministère de la santé de plein exercice, exauçant ainsi un vœu formulé à de nombreuses reprises par votre commission.

La section « Santé, famille, personnes handicapées et solidarité » comprend aujourd'hui :

- trois agrégats qui relèvent de la responsabilité du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées : « *santé publique et sécurité sanitaire* », « *offre de soins et accès aux soins* », « *famille et personnes handicapées* » ;

- deux agrégats, « *développement social* » et « *intégration et lutte contre les exclusions* » du ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité ;

- un agrégat commun aux deux ministères : « *gestion des politiques de santé et de solidarité* ».

**Le présent avis porte sur les deux agrégats « *santé publique et sécurité sanitaire* » et « *offre de soins et accès aux soins* ».**

Cette année, le budget de la santé s'inscrit dans une perspective de « clarification » des relations entre l'Etat et les régimes d'assurance maladie de la sécurité sociale, perspective que votre commission a longtemps appelée de ses vœux mais qui se traduit souvent *in fine* par des transferts de charge à sens unique aux dépens de l'assurance maladie.

Le projet de budget intègre ainsi deux transferts de charge en 2003 de l'État vers l'assurance maladie :

- la prise en charge des centres spécialisés de soins aux toxicomanes, pour 107,5 millions d'euros, au sein de l'agrégat « *santé publique et sécurité sanitaire* »,

- les dépenses afférentes à l'interruption volontaire de grossesse, pour 24,7 millions d'euros au sein de l'agrégat « *offre de soins et accès aux soins* ».

A contrario et au sein de l'agrégat « *offre de soins et accès aux soins* », l'État reprend en charge le financement des stages extrahospitaliers des internes en médecine et pharmacie et des résidents en médecine, pour 40 millions d'euros.

Ces modifications de périmètre, que votre commission a déjà eu l'occasion de commenter à l'occasion de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité

sociale pour 2003, ne facilitent certes pas l'examen de l'évolution des crédits d'une année sur l'autre.

Ceux-ci peuvent être analysés de deux façons :

- soit en comparant par rapport à la loi de finances initiale pour 2002 à périmètre 2003 : c'est l'approche privilégiée par votre commission ;

- soit en comparant le projet de loi de finances pour 2003 à la lumière du périmètre de la loi de finances initiale pour 2002 : c'est le choix retenu par le Gouvernement.

### Evolution des crédits de la santé

(en millions d'euros)

Agrégats	LFI 2002 à périmètre 2003	PLF 2003	Évolution PLF 2003/ LFI 2002
Santé publique et sécurité sanitaire	263,8	284,1	+ 7,7 %
Offre de soins et accès aux soins	1.153,4	1.184,8	+ 2,7 %
Total	1.417,2	1.468,9	+ 3,6 %

Les crédits inscrits au titre des agrégats « *santé publique et sécurité sanitaire* » et « *offre de soins et accès aux soins* » s'élèvent en 2003 à 1.469 millions d'euros, en progression de 5 % par rapport à 2002 à structure constante 2002 et de 3,6 % à structure constante 2003.

### Evolution des crédits de la santé

(en millions d'euros)

Agrégats	LFI 2002	PLF 2003 à périmètre constant	Évolution PLF 2003/ LFI 2002
Santé publique et sécurité sanitaire	371	392	+ 5,6 %
Offre de soins et accès aux soins	1.117	1.170	+ 4,7 %
Total	1.488	1.562	+ 5,0 %

L'agrégat « *santé publique et sécurité sanitaire* » rassemble les chapitres consacrés à la lutte contre les pratiques addictives et contre le sida, les crédits de prévention ainsi que les subventions aux diverses agences et à l'institut de sécurité et de veille sanitaire.

Cet agrégat se monte à 284 millions d'euros, contre 371 millions d'euros en loi de finances initiales pour 2002, soit une progression de 7,7 % à périmètre 2003 constant.

Le second agrégat, intitulé « *offre de soins et accès aux soins* », rassemble traditionnellement les crédits destinés aux agences régionales de l'hospitalisation, au Fonds d'aide à l'adaptation des établissements hospitaliers -le FIMHO-, ainsi que les crédits destinés à la formation des professionnels de santé.

En outre, il comprend désormais – et c'est l'innovation majeure de cette année - la dotation de l'État au fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, pour 970 millions d'euros, soit une progression de 4,4 % par rapport à 2002.

Au total, l'agrégat « *offre de soins et accès aux soins* » bénéficie de 1.184 millions d'euros, la dotation au fonds de financement de la CMU mobilisant à elle seule 82 % des crédits. A structure 2003 constante, les crédits consacrés à cet agrégat augmentent en 2003 de 2,7 %.

On notera l'absence, au sein du même agrégat, de dotations en autorisations de programme pour le fonds d'aide à l'adaptation des établissements hospitaliers (FIMHO), le Gouvernement ayant décidé de ne plus engager de dépenses nouvelles d'investissement relatives à la modernisation des établissements hospitaliers, celles-ci devant faire l'objet d'un plan Hôpital 2007, déjà évoqué par votre commission à l'occasion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003.

Les grandes évolutions du budget 2003 de la santé marquent la priorité accordée aux actions de prévention. Le projet de loi dégage ainsi des financements nouveaux pour :

- des programmes de santé publique ciblés sur la prévention, en particulier le cancer, les maladies transmissibles telles que le sida ou l'hépatite C (+ 30 % à 173 millions d'euros) ;

- le financement des huit agences qui assurent la veille, la sécurité sanitaire ou qui agissent dans le domaine de la prévention (53 millions d'euros) ;

- l'accès aux soins des plus démunis, au travers de la couverture maladie universelle qui permet aujourd'hui à près de 4,7 millions de personnes de bénéficier gratuitement d'une couverture complémentaire maladie ;

- des politiques de soutien à la formation en faveur des professions médicales et paramédicales (+ 3,8 % à 137 millions d'euros).

De fait, la marge de manœuvre allouée au ministre de la santé pour conduire sa politique de santé est réduite puisqu'elle porte, comme l'a d'ailleurs souligné le ministre lors de son audition par la commission, sur 400 millions d'euros.

L'essentiel de l'effort en faveur de la santé publique est aujourd'hui financé par l'assurance maladie et se trouve dès lors retracé en loi de financement de la sécurité sociale. A titre de comparaison, l'article 32 du projet de loi de financement de sécurité sociale pour 2003 fixe l'objectif national d'assurance maladie à 123,5 milliards d'euros.

Effort marqué en faveur de la santé publique, priorité donnée à la sécurité sanitaire, des moyens en forte progression pour la CMU : ce projet de budget comporte, dans un contexte de clarification des financements et de préparation de la loi de programmation sur la santé publique, des **éléments très positifs qui ont conduit votre commission à émettre un avis favorable à l'adoption des crédits de la santé pour 2003.**

## I. LA PRIORITÉ ACCORDÉE À LA SANTÉ PUBLIQUE ET A LA SÉCURITÉ SANITAIRE

### A. LA PRIORITÉ ACCORDÉE À LA SANTÉ PUBLIQUE

Le projet de loi de finances pour 2003 traduit la priorité accordée par le Gouvernement à la santé publique, et notamment à la lutte contre le cancer. D'importants financements nouveaux sont dégagés pour renforcer l'action collective et donner à nos concitoyens les conditions de vivre en bonne santé.

La prévention, l'éducation à la santé et le dépistage figurent au premier rang des priorités dans le domaine de la santé. L'objectif affiché par le ministre de la santé, de la famille et des personnes âgées consiste à développer progressivement « *une véritable culture de la prévention* » dans notre pays.

Ainsi, les crédits du projet de loi de finances pour 2003 affectés aux programmes de santé publique ciblés sur la prévention, en particulier le cancer et les maladies transmissibles, sont **en progression de 30 % pour atteindre 173 millions d'euros.**

Les dispositifs de lutte contre les pratiques addictives bénéficieront en 2003 d'une dotation de près de 11 millions d'euros.

Les crédits destinés à la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) sont quant à eux ramenés de 45,6 millions d'euros à 40 millions d'euros en 2003. Cette baisse des crédits s'explique par la nécessité de rechercher, en matière de communication, une meilleure synergie avec le nouvel Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES), qui remplace le Comité français d'éducation pour la santé et qui se voit doté en 2003 de 14,4 millions d'euros.

#### **1. La préparation de la loi de programmation sur la santé publique**

Le Gouvernement a annoncé que les programmes existants en matière de santé publique seront intégrés et redéfinis dans le cadre d'une loi quinquennale de programmation de santé publique qui sera présentée au Parlement au printemps 2003.

Cette loi de programmation définira les objectifs prioritaires de santé publique pour les cinq années à venir. Des indicateurs précis accompagneront

ces objectifs afin de permettre un réel contrôle de l'action du Gouvernement par le Parlement et, au-delà, par les citoyens eux-mêmes.

La loi de programmation devrait permettre de définir une politique générale qui sera déclinée en fonction des différentes pathologies considérées et qui s'appuiera sur des actions de communication, d'information et d'éducation ainsi que sur des stratégies de dépistage et de prise en charge précoce.

D'ores et déjà, 5 millions d'euros sont « provisionnés » pour la préparation de cette loi dans le projet de budget pour 2003 (chapitre 47-11, article 10).

## **2. La lutte contre le cancer érigée en chantier du quinquennat**

Parmi les priorités de santé publique, la loi de programmation de santé publique prendra en compte, en premier lieu, le cancer, qui constitue un des chantiers du Président de la République pour le quinquennat.

Aujourd'hui, 700.000 personnes sont atteintes en France d'une maladie cancéreuse et, chaque année, 250.000 nouveaux cas de cancers sont diagnostiqués. Le cancer représente ainsi la première cause de mortalité prématurée en France et la deuxième cause médicale de décès. Or, 70 % des cancers sont attribuables à des facteurs de risques sur lesquels il est possible d'intervenir efficacement.

Un dépistage précoce modifie, pour nombre d'entre eux, le pronostic et l'évolution de la maladie, ce qui justifie la mise en œuvre de programmes de dépistage performants.

Les traitements ont évolué et sont de plus en plus efficaces ; des perspectives nouvelles se dessinent dans le domaine du diagnostic et de la prédiction.

Le précédent Gouvernement avait déjà présidé au lancement, en février 2000, d'un plan national de lutte contre le cancer pour les années 2001-2005. Ce plan s'articulait autour de cinq grands axes :

- renforcer la prévention ;
- généraliser le dépistage de certains cancers ;
- favoriser en permanence la qualité de la prise en charge ;
- améliorer les conditions de vie et garantir les droits de la personne malade ;

- coordonner les efforts de recherche.

Le nouveau Gouvernement a mis en place le 9 septembre 2002 une commission d'orientation sur le cancer.

Cette commission a pour mission de dresser un bilan des forces et faiblesses du dispositif de lutte existant. Elle devra aussi identifier les priorités sans négliger aucun des aspects d'une politique organisée et nationale de lutte contre le cancer, notamment en matière de prévention, d'information et de dépistage mais aussi dans le domaine de l'organisation du système de soins, de son fonctionnement et de l'accompagnement des malades.

Le travail de cette mission servira de base à la concertation avec tous les acteurs du dispositif, dont les associations de malades, en matière de politique de lutte contre le cancer. La loi de programmation de santé publique traduira les principales conclusions de cette mission.

D'ores et déjà, et avant même les conclusions de la commission, deux objectifs sont définis :

- le dépistage des femmes à risque pour le cancer du sein débutera le 1<sup>er</sup> janvier 2003 ;

- le dépistage systématique du cancer du sein sera étendu à l'ensemble du territoire en 2004 alors que seuls 32 départements organisent actuellement le dépistage.

**Au total, le projet de budget prévoit 35 millions d'euros supplémentaires dès l'année prochaine pour la lutte contre le cancer. Les crédits de l'Etat consacrés au cancer seront ainsi en 2003 quatre fois supérieurs à ce qu'ils étaient en 2002.**

**Evolution des crédits budgétaires  
de lutte contre le cancer**

*(en millions d'euros)*

LFI 2001	LFI 2002	PLF 2003
3,6	14,0	48,7

Dans leur rapport présenté au nom de notre commission en juin 2001, intitulé « *La volonté de vaincre le cancer* »<sup>1</sup>, nos collègues Claude Huriet et Lucien Neuwirth avaient appelé de leurs vœux un renforcement significatif des moyens alloués à la prévention et à la prise en charge du cancer. **Votre commission ne peut dès lors que se réjouir de l'effort financier très substantiel que comporte le présent budget.**

---

<sup>1</sup> *La volonté de vaincre le cancer, rapport d'information n° 419 (2000-2001).*

## **Le dépistage du cancer en France**

### ***Le dépistage du cancer du sein***

Le cancer le plus souvent responsable du décès chez la femme est le cancer du sein (19 % avec 10.955 décès). Pour l'année 1995, l'incidence de ce cancer a été de 34.000 nouveaux cas. Entre 1975 et 1995, les cancers du sein ont augmenté de 60 %, expliquant à eux seuls 93 % de l'augmentation globale de l'incidence des cancers chez la femme. Cette augmentation est en partie expliquée par un diagnostic plus précoce, en relation avec le dépistage.

La généralisation du dépistage organisé du cancer du sein a été la priorité dans le domaine du dépistage. L'année 2000 a été celle de la concertation aboutissant, en 2001, à la conclusion d'un accord tarifaire entre la CNAMTS, la Fédération Nationale des Médecins Radiologues (FNMR) et la Confédération Syndicale des Médecins de France (CSMF), sur la base de la création d'une lettre clé spécifique de l'acte de mammographie, de dépistage ou de diagnostic, cotée ZM 41, correspondant à 66,32 €. Un arrêté fixant la liste de programmes de dépistage des cancers devant être mis en œuvre est paru le 24 septembre 2001. La convention type entre assurance maladie et radiologues est parue au journal officiel du 27 septembre 2001, et comportait en annexe les trois cahiers des charges relatifs au dépistage. Le dépistage s'adresse aux femmes de 50 à 74 ans sans facteur de risque particulier ; il propose, tous les deux ans, une mammographie en tiers payant, avec deux incidences par sein, et double lecture des clichés. L'arrêté de nomenclature créant le ZM et fixant sa cotation à 41, est paru le 21 février 2002.

Actuellement, 33 départements proposent ce dépistage organisé, 10 départements supplémentaires le mettront en place avant la fin 2002 ; dans les départements restants, ce dépistage pourra être proposé début 2003.

L'information de la population étant primordiale pour atteindre un taux de participation satisfaisant, des actions ont été menées dans ce domaine. Le cahier des charges informatique définissant les caractéristiques du système d'information pour le pilotage du programme par la structure de gestion a été finalisé et diffusé en février 2002.

Par ailleurs, la formation des radiologues et des manipulateurs au dépistage du cancer du sein est organisée par l'association de Formation de Collaborateurs des Cabinets Médicaux (FORCOMED), subventionnée au niveau central.

### ***Le dépistage du cancer colo-rectal***

Avec 34.000 nouveaux cas par an, le cancer colo-rectal a été en 1995 responsable de 16.000 décès.

En 2001, ont été finalisés les cahiers des charges du dépistage du cancer colo-rectal (structure de gestion et centre de lecture des tests Hémocult®). Un premier appel à candidature, lancé en décembre 2001, a permis de sélectionner les 12 premiers départements qui mettront en œuvre ce dépistage, avec le financement du FNPEIS. Huit autres seront sélectionnés à l'issue d'un deuxième appel d'offre, lancé en juin 2002, avant la généralisation prévue en 2003. Dans cette optique, deux séminaires de formation des animateurs de programme de dépistage du cancer colo-rectal (médecins généralistes, gastro-entérologues et médecins de santé publique) concernant 10 départements chacun, ont été organisés en 2001. En 2002, les animateurs de huit nouveaux départements ont déjà été formés ; une nouvelle session de formation est prévue en novembre.

La participation des médecins généralistes étant à la base du succès des campagnes de dépistage, puisque dans le dispositif proposé, ce sont eux qui remettent les tests à leurs consultants, un CDRom de formation sera disponible en septembre, et sera diffusé largement aux programmes débutants et aux associations de formation médicale continue. Une brochure destinée au public et venant compléter le kit de communication du dépistage du cancer du sein est en cours de réalisation.

#### ***Le dépistage du cancer du col de l'utérus***

L'incidence du cancer du col de l'utérus diminue, passant de 6.000 cas annuels en 1975 à 3.300 en 1995. Parallèlement, le nombre de décès annuels, de 2.500 en 1975 était de 1.600 en 1995.

En 2000, ont été financés un CDRom de formation des anatomo-pathologistes à la lecture des frottis et un CDRom d'aide à la rédaction de compte-rendu selon la classification ADICAP. En 2001, une brochure d'information du grand public sur ce dépistage a été rédigée en partenariat avec la Ligue contre le cancer et la CNAMTS. En 2002, une étude sur l'offre du système de soins pour la réalisation des frottis cervicaux permettra de dégager des propositions pour améliorer l'accès aux frottis des femmes en situation de précarité, en vue de la finalisation du cahier des charges de ce dépistage en 2003. Par ailleurs, le programme de travail de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé pour 2002 comprend l'étude de la place du sérotypage des papillomavirus dans les stratégies de dépistage du cancer du col.

#### ***Le dépistage du cancer de la prostate***

Une réunion d'experts a conclu en juillet 2001 à la nécessité de maintenir le dépistage de ce cancer par le PSA au niveau individuel et non en population générale, ainsi que l'avait conclu l'ANAES en 1998. En revanche, la nécessité de renforcer les recommandations concernant ce dépistage en matière de population cible, de fréquence, de seuil ainsi que l'information des patients en amont du test a fait inscrire ces points au programme de travail de l'ANAES pour 2002.

### **3. Un effort maintenu pour la lutte contre le sida, dans une perspective internationale**

La lutte contre l'épidémie de sida est aujourd'hui confrontée à de nouveaux enjeux. La diffusion du virus se poursuit dans la population : les cas hétérosexuels constituent la majorité des nouveaux cas de sida et la part des femmes continue de croître ; en outre, la prévalence et l'incidence restent élevées parmi les homosexuels, les usagers de drogues et certains groupes de la population immigrée.

Les phénomènes de relâchement des comportements préventifs se traduisent par une reprise des maladies sexuellement transmissibles (MST) depuis 1998 ainsi que par une reprise des contaminations chez les homosexuels masculins.

Dans les départements des Antilles et de Guyane, l'épidémie continue d'évoluer selon une dynamique particulièrement préoccupante.

L'efficacité indéniable des multithérapies a occulté le fait que l'infection VIH demeure une maladie grave qui altère la santé, contraint le mode de vie, appauvrit et isole souvent.

L'environnement international se caractérise enfin par une augmentation très forte de l'épidémie dans les pays en développement qui justifie l'engagement de la France dans une politique d'aide et de coopération.

C'est dans ce contexte qu'avait été lancé en 2001 un plan triennal de lutte contre le VIH.

Les objectifs de ce plan étaient les suivants :

1. Accentuer et adapter la prévention parmi les homosexuels masculins pour enrayer le relâchement préventif et la reprise épidémique ;
2. Mettre en œuvre un plan global et spécifique dans chacun des départements des Antilles et en Guyane afin de stopper la diffusion épidémique du VIH et du sida ;
3. Améliorer l'accès à la prévention et aux soins précoces des personnes étrangères vivant en France afin de réduire les écarts existants avec la population française ;
4. Renforcer la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogue afin de poursuivre l'amélioration constante de leur situation face à l'infection VIH et d'enrayer la diffusion épidémique du VHC ;
5. Agir directement dans les situations de pratiques sexuelles anonymes ou de groupe auprès des multipartenaires et consolider l'action communautaire des personnes prostituées ;
6. Maintenir l'effort préventif en population générale en l'intégrant à une politique large de prévention des risques liés à la sexualité et différenciant l'approche par genres ;
7. Maintenir en direction de l'ensemble de la population un dispositif fort de prévention afin de permettre l'accès et l'usage à toute personne, sur l'ensemble du territoire et en fonction de ses besoins, à une information juste et compréhensible, aux outils de prévention, au dépistage et au conseil, au traitement après exposition à un risque ;
8. Permettre l'élaboration et la diffusion de nouvelles stratégies thérapeutiques, intégrant l'accès aux traitements innovants, en s'assurant de la mise en œuvre de dispositifs de veille permettant d'identifier, évaluer rapidement et prévenir les effets indésirables ;
9. Consolider et adapter aux enjeux actuels la prise en charge globale des personnes atteintes en poursuivant la lutte contre les discriminations, renforçant la solidarité à leur égard, améliorant leur accompagnement tant dans la prévention que dans les traitements au long cours, et favorisant la réponse à leurs aspirations légitimes ;
10. Réduire les inégalités d'accès aux traitements entre les pays en développement et les pays industrialisés.

Lors de son audition par votre commission, M. Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, a indiqué qu'il souhaitait renforcer la lutte contre le sida et l'intégrer dans une action internationale. La politique du Gouvernement répond ainsi à l'engagement pris par le Président de la République, à l'occasion de la 14<sup>ème</sup> conférence internationale sur le Sida à Barcelone.

La politique de lutte contre le sida vise en 2003 à :

- renforcer les programmes de prévention en direction des populations prioritaires. Grâce à la prévention, la progression de l'épidémie peut être maîtrisée. En l'absence de vaccin ou de traitement totalement efficace, elle demeure la seule réponse sûre au risque d'infection ;

- maintenir un haut niveau d'information et de vigilance, et faciliter l'accès aux dispositifs de prévention. Ceci passe par l'éducation et l'information, y compris par des campagnes ciblées en direction des jeunes, des femmes et des personnes particulièrement exposées. Elle doit s'accompagner d'une politique pragmatique de réduction des risques, de diffusion du préservatif et d'un effort particulier contre la transmission du virus de la mère à l'enfant ;

- veiller à la qualité de la prise en charge extra-hospitalière globale des personnes atteintes ;

- développer la formation des professionnels, en particulier sanitaires et sociaux.

Au total, l'effort du ministère pour la lutte contre le sida devrait représenter en 2003, comme en 2002, près de 65 millions d'euros, traduisant ainsi la constance de l'attention portée par le Gouvernement à la prévention.

### **Sida et séropositivité en France**

En France, le système de surveillance du Sida mis en place en 1982 repose sur la déclaration obligatoire des cas faite par les praticiens.

Le nombre de nouveaux cas de sida est d'environ 1.600 pour l'année 2001. Après une forte diminution de 1996 (4.009 nouveaux cas) à 1998 (1.918 nouveaux cas) liée à l'introduction des trithérapies, le nombre de nouveaux cas diminue d'environ 5 % par an depuis 1999.

Le nombre des décès en 2000 et 2001 est stable. Il est d'environ 600 par an.

Le nombre de nouveaux cas de sida restant chaque année supérieur au nombre de décès, le nombre des personnes vivantes ayant développé un sida continue d'augmenter, d'environ 5 % par an.

Au 31 décembre 2001, le nombre estimé de personnes vivantes atteintes du Sida est compris entre 23.700 et 26.100 et le nombre total de décès depuis le début de l'épidémie entre 37.100 et 40.400.

Parmi les cas de Sida diagnostiqués en 2001, plus des trois quarts des personnes n'ont pas bénéficié d'un traitement antirétroviral pré-sida. Il s'agit soit de personnes n'ayant découvert leur séropositivité qu'au stade de Sida (51 %), soit de personnes qui se sachant séropositives n'ont cependant pas été traitées (25 %). Moins d'un quart des cas de Sida (23 %) ont été diagnostiqués chez des personnes ayant déjà reçu un traitement.

Description de la population diagnostiquée Sida en 2001 :

- le sexe-ratio est d'environ de 3 hommes pour 1 femme (2.8 en 2001) ;
- on observe une prépondérance de la classe d'âge 30-44 ans ;
- le mode de contamination est le suivant :

- . relations hétérosexuelles : 49 %, pourcentage en augmentation depuis 2000 après une diminution entre 1995 et 1999 ;

- . relation homo ou bisexuelle : 24 %, en diminution depuis 1995 ;

- . usage de drogues par voie intraveineuse (UDIV) : 15 % ;

- . transmission materno-fœtale : 0,1 %.

La proportion de cas de Sida chez des personnes de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne est en augmentation (19 % en 2001 soit près du double de celle de 1998). Cette augmentation est plus marquée chez les femmes (16 % en 1998 contre 36 % en 2001). La méconnaissance du statut sérologique avant le sida est plus fréquente chez les personnes de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne (67 % sur la période 1998-2001) que de nationalité française (42 %).

#### ***Evolution du nombre de séropositifs et des nouvelles contaminations***

Le nombre de personnes séropositives n'est connu que par estimation. La mise en œuvre début 2003 de la déclaration obligatoire de la séropositivité à VIH permettra de disposer de données plus fiables.

L'estimation faite en 1995 était de 110.000 personnes. Celle communiquée récemment par l'Agence nationale de Recherche contre le Sida (ANRS) pour l'année 1997 est de 104.000, comprise dans une fourchette allant de 70.000 à 127.000.

Le nombre de nouvelles contaminations n'est pas non plus connu avec précision. Un travail récent de l'ANRS retrouve pour 1997 une estimation d'environ 1.000 par an, dans une fourchette allant de 300 à 2.400.

Même si les estimations pour l'année 1997 plaident en faveur d'un contrôle de l'épidémie, il existe plusieurs données concordantes faisant craindre une augmentation de la prévalence et/ou de l'incidence de l'infection à VIH depuis 1997 en France :

- reprise des comportements à risque et résurgence de la gonococcie et de la syphilis chez les homosexuels ;

- augmentation récente (1999) après une longue période de baisse du nombre de dépistages positifs dans les centres de diagnostic anonyme et gratuit (CDAG) parisiens, particulièrement chez les étrangers et notamment les femmes originaires d'Afrique subsaharienne.

Cette évolution alarmante semble concerner d'autres pays d'Europe de l'Ouest.

En outre, l'épidémie est généralisée et incontrôlée dans certaines régions du monde avec lesquelles existent des courants migratoires significatifs, notamment l'Afrique subsaharienne.

Aux yeux du Gouvernement, la dimension internationale est primordiale en matière de lutte contre le Sida. Ainsi, les crédits consacrés à la coopération internationale progressent de 30 % (à 8,2 millions d'euros), l'accent étant porté sur l'aide publique au développement dans le domaine de la santé.

## ***B. L'ACCENT MIS SUR LA SÉCURITÉ SANITAIRE***

### **1. Les agences sanitaires : des dotations permettant de financer des mesures nouvelles en 2003**

Les agences sanitaires ont des antécédents, des missions et des compétences propres. Elles sont en outre de tailles très différentes.

Néanmoins, comme le relève la Cour des comptes dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de septembre 2002, un certain nombre de traits communs peuvent être engagés au nombre desquels figurent la lenteur de leur montée en charge et la fragilité des structures administratives en charge des fonctions support. La Cour juge pour sa part que ces faiblesses communes, si elles devaient persister, pourraient nuire au développement de la politique de veille et sécurité sanitaires.

Les missions de ces structures sont très diverses.

L'Office de protection contre les rayonnements ionisants (OPRI), créé par décret du 19 juillet 1994, en remplacement du Service central de protection contre les rayonnements ionisants (SCPRI), exerce une mission

d'expertise, de surveillance et de contrôle destinée à protéger la population contre les rayonnements ionisants.

L'Etablissement français des greffes (EFG), créé par la loi du 18 janvier 1994 et le décret du 10 octobre 1994, est chargé de l'établissement et de la gestion de la liste des patients en attente de greffe et de l'attribution de greffons.

L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), créée par une ordonnance du 24 avril 1996, succède à l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM) afin de favoriser le développement de l'évaluation des soins et des pratiques professionnelles et de mettre en œuvre la procédure d'accréditation des hôpitaux.

L'Institut de veille sanitaire (InVS) effectue la surveillance et l'observation permanente de la population pour l'ensemble des risques susceptibles de l'affecter ; il succède au Réseau national de santé publique (RNSP).

L'Association française de sécurité sanitaire et des produits de santé (AFSSAPS) élargit le champ de compétence de l'Agence du médicament à tous les produits à finalité sanitaire destinés à l'homme ainsi qu'aux produits à finalité cosmétique ou d'hygiène corporelle.

L'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) est chargée d'évaluer les risques sanitaires et nutritionnels que peuvent présenter les aliments destinés à l'homme ou aux animaux, y compris ceux provenant des médicaments vétérinaires. Elle intègre le Centre national d'études vétérinaires et alimentaires (CNEVA).

**Dans le projet de budget pour 2003, les crédits consacrés aux établissements nationaux à caractère sanitaire (chapitre 36-81) diminuent de 6,91 millions d'euros (- 11,8 %), pour s'établir à 51,53 millions d'euros.**

Selon le Gouvernement, cette diminution est justifiée par le niveau élevé des fonds propres dont disposent certaines agences. Les dotations dont bénéficieront les agences en 2003 permettront, de fait, de financer 10 millions d'euros de mesures nouvelles, en particulier l'embauche de plus de 150 personnes dans ces agences.

Les évolutions des dotations budgétaires sont cependant très différenciées selon les établissements.

**Subventions aux établissements nationaux à caractère sanitaire (chapitre 36-81)**

(en millions d'euros)

	<b>LFI 2002</b>	<b>PLF 2003</b>	<b>Évolution</b>
Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé	25,21	4,67	- 81,5 %
Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé - recherche	0,15	0,25	+ 66,7 %
Agence française de sécurité sanitaire des aliments	4,28	4,28	-
Agence française de sécurité sanitaire environnementale	2,59	2,00	- 22,8 %
Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (nouveau)	-	14,43	ns
Établissement français des greffes	3,90	1,16	- 70,3 %
Institut de veille sanitaire	16,52	16,00	- 3,15 %
Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé	5,80	8,75	+ 50,9 %
<b>Total</b>	<b>58,45</b>	<b>51,53</b>	<b>- 11,8 %</b>

L'AFSSAPS voit ainsi par exemple ses crédits diminuer de 82 % en 2003 alors que l'ANAES enregistre au contraire une progression de 51 %. L'importance du fonds de roulement de l'AFSSAPS justifierait cette diminution drastique.

Au regard des conclusions de la Cour des comptes dans son rapport de septembre 2002, ces dotations budgétaires n'apparaissent pas infondées.

La Cour relève en effet que « *toutes les agences disposent d'une aisance financière certaine. Les ressources ne leur ont pas été comptées alors que leur montée en charge, trop lente, a limité les dépenses effectives.* »

Les ressources des agences ont en effet connu une croissance rapide : de 1998 à 2001, elles ont augmenté de 56 %, pour être portées à 228,1 millions d'euros en 2001, contre 146,6 millions d'euros en 1998.

Les agences sont financées par trois types de recettes : des subventions en provenance de l'Etat, de l'assurance maladie et, dans une moindre mesure, de collectivités publiques, de la Communauté européenne ou d'organisations internationales ; des ressources propres qui se répartissent entre taxes et redevances pour services rendus ; des produits divers. La part respective des subventions et des ressources propres est très variable selon les agences, ce qui s'explique par la nature différente des missions. Comme le souligne fort justement la Cour, il n'en demeure pas moins que la logique qui préside aux choix faits par chaque organisme n'apparaît pas clairement.

### Evolution des ressources des agences sanitaires

(BP – fonctionnement et investissement – en millions d’euros)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
OPRI	10,96	11,44	15,03	19,02	20,55	-
EFG	9,64	10,49	12,26	13,42	14,17	18,48
ANAES	14,64	18,20	20,37	24,74	28,29	31,82
AFSSAPS <sup>1</sup>		61,26	69,74	77,14	85,87	77,62
AFSSA <sup>2</sup>		34,94	53,25	57,82	61,06	61,37
InVS <sup>3</sup>		10,27	15,81	17,62	18,17	23,96

Source : agences sanitaires

Selon la Cour, aucune agence ne consomme la totalité des crédits qui lui sont alloués tant en fonctionnement qu’en investissement. Ainsi, en 2000, après quatre années de fonctionnement, l’ANAES a eu un taux d’exécution de ses dépenses de fonctionnement de 60,7 %.

Deux raisons peuvent être invoquées pour expliquer cette situation : d’une part, la volonté des autorités de tutelle de ne pas entraver le déploiement des missions par des contraintes financières ; d’autre part, une montée en charge de ces structures plus lente que prévue.

Selon la Cour, la mauvaise exécution financière est la conséquence des difficultés de gestion précédemment exposées. Les opérations envisagées ne sont pas toujours réalisables. Des crédits de personnel sont ouverts en année pleine, alors que les recrutements, quand ils se concrétisent, n’interviennent qu’en cours d’année. Les projets de schémas directeurs ou d’applications informatiques, pour lesquels d’importants moyens sont prévus au budget primitif, se heurtent aux vicissitudes déjà mentionnées. Les opérations d’investissement qui sollicitent des compétences en termes de procédures de marchés publics sont encore plus difficiles à finaliser.

Cette sous-consommation a pour conséquence un gonflement des fonds de roulement disproportionné par rapport aux besoins des agences. En 2000, le fonds de roulement de l’AFSSAPS est proche du montant des dépenses de fonctionnement d’une année entière. En dépit de la réduction du montant de sa subvention en cours d’année, l’ANAES présente encore un ratio de 468 jours d’autonomie, celui de l’AFSSA est de 169 jours.

Selon la Cour des comptes, la gestion constitue le point faible des agences sanitaires, qu’il s’agisse du recrutement des agents, du déploiement des systèmes d’informations ou de la gestion des marchés.

Toutes les agences ont bénéficié de créations d'emplois très importantes pour pouvoir répondre à leurs missions nouvelles. Cependant, la plupart d'entre elles ont été freinées dans leurs ambitions par les difficultés qu'elles ont rencontrées à pourvoir les postes offerts, soit du fait du cadre juridique de ces recrutements, soit par insuffisance de compétences disponibles. La croissance continue des effectifs budgétaires ne rend donc pas compte des moyens dont elles disposent réellement.

#### Evolution des effectifs budgétaires autorisés

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
OPRI	181	181	206	225	225	
EFG	90	100	111	126	141	155
ANAES	127	127	128	146	176	221
AFSSAPS <sup>1</sup>	556	616	714	833	882	931
AFSSA <sup>2</sup>	471	479	550	583	623	656
InVS <sup>3</sup>	50	70	100	140	155	209

Source : agences sanitaires

1 Pour les années 1997 et 1998, il s'agit des effectifs de l'Agence du médicament.

2 Pour les années 1997 et 1998, il s'agit des effectifs du CNEVA.

3 Pour les années 1997 et 1998, il s'agit des effectifs du RNSP

Dans ce contexte, la diminution ou la stagnation des moyens accordés à certaines de ces agences n'apparaissent donc pas inquiétantes.

**Il reste néanmoins que votre commission, qui a contribué, par ses travaux, à la création de l'AFSSAPS, se montrera vigilante quant à l'évolution des moyens dont dispose cette agence.**

La compétence de l'AFSSAPS, qui a succédé à l'Agence du médicament, a été étendue aux dispositifs médicaux, aux produits biologiques et aux produits cosmétiques. L'activité de la nouvelle agence est pourtant restée très largement centrée sur le médicament. L'action engagée par l'Agence pour s'acquitter de ses responsabilités en matière de dispositifs médicaux a été entravée par la lenteur de la mise en place d'un dispositif juridique stable. Des textes réglementaires restent à prendre tant pour les dispositifs médicaux proprement dits que pour les dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro*.

S'agissant des produits cosmétiques, l'Agence ne dispose ni des mêmes informations, ni des mêmes pouvoirs que pour les dispositifs médicaux. L'activité relative à cette nouvelle compétence demeure limitée faute de texte réglementaire.

Votre rapporteur souligne en outre que restent en suspens un certain nombre de produits situés à la frontière du médicament et très en vogue (DHEA, produits vitaminés). Il serait souhaitable que des études d'évaluation de l'efficacité thérapeutique, de l'intérêt ou de la nocivité de ces produits soient rapidement engagées afin de décider d'autoriser ou d'interdire leur vente sur notre territoire.

Enfin, lors des débats sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003, un certain nombre de nos collègues ont fait part de leur inquiétude quant à la qualité des médicaments génériques fabriqués à bas prix dans des pays en développement.

Votre commission veillera donc à ce que l'AFSSAPS puisse disposer à l'avenir des moyens nécessaires à l'exercice de ses missions et notamment, par exemple, au contrôle des installations de production situées à l'étranger et qui approvisionnent le marché français.

Enfin, on notera que la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a transformé le Comité français d'éducation à la santé en un établissement public administratif, l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé. Le montant de sa dotation s'élève en 2003 à 14,4 millions d'euros. L'Institut reçoit également des dotations en provenance de régimes d'assurance maladie.

## **2. La nécessité d'une clarification des rôles et des missions de chacune des agences**

Dans son rapport de septembre 2002, la Cour des comptes constate que les missions confiées aux agences ne sont pas encore toutes mises en œuvre avec l'ampleur prévue par les textes initiaux et ultérieurs. Des recouvrements dans les champs de compétence de certains établissements imposent encore une clarification des rôles et missions de chacun.

Ces champs de compétence croisés entre agences concernent tant la veille sanitaire que certains produits. Selon les sujets, c'est soit une coordination entre les agences, soit, au contraire, une clarification de leurs compétences respectives, qui est nécessaire.

La Cour des comptes relève ainsi que le champ de la veille sanitaire est dévolu par les textes à l'InVS mais ce domaine est partagé avec les autres agences qui accomplissent des missions sur le terrain et transmettent leurs observations à l'Institut.

L'InVS doit ainsi être destinataire de tous les rapports relatifs à la veille sanitaire établis par l'AFSSAPS, l'AFSSA, l'EFG et l'OPRI, sur tous

les produits dont ces établissements ont la charge, comme de tous les rapports établis par les services de l'Etat et les établissements publics rattachés.

Par ailleurs, l'InVS intervient de manière complémentaire avec certaines agences, telles l'AFSSAPS et l'AFSSA, sur les maladies infectieuses, l'AFSSA et l'OPRI pour les maladies chroniques et la santé environnementale. Pour l'instant, seules les modalités de coopération entre l'InVS ont fait l'objet d'un protocole dans le domaine de la réponse aux alertes.

Certains produits nécessitent des approches conjointes de deux ou plusieurs structures. Les agences s'accordent pour convenir que des groupes de travail communs se constituent dans de bonnes conditions de collaboration. Toutefois, celle-ci peut faire défaut, notamment entre l'ANAES et l'AFSSAPS. Par ailleurs, une clarification des compétences respectives de l'AFSSAPS, l'AFSSA et la DGCCRF s'impose en matière d'aliments diététiques.

### **3. L'installation prochaine de l'Agence française de sécurité sanitaire environnementale (AFSSE)**

L'Agence française de sécurité sanitaire environnementale (AFSSE), a été créée par la loi n° 2001-393 du 9 mai 2001.

Le rôle de l'Agence tel qu'il a été fixé par la loi est celui d'une agence d'expertise et d'évaluation des risques sanitaires environnementaux, placée sous la double tutelle des ministres chargés de la santé et de l'environnement, « tête de réseau » et coordonnatrice des organismes publics intervenant dans ce domaine.

Il est prévu que la future agence dispose d'un champ d'intervention suffisamment large pour inclure toutes les préoccupations de « santé environnement » et favoriser les complémentarités entre les organismes existants, qui sont aujourd'hui nombreux et dispersés.

On sait que votre commission avait exprimé un certain scepticisme sur cette architecture et qu'elle avait souhaité, par la voix de son rapporteur, M. Claude Huriet, que cette nouvelle agence ne soit pas une « coquille vide » aux attributions réduites.

Elle avait regretté que l'AFSSE ne soit pas constituée sous la forme d'une « agence de moyens » mais d'une simple « agence d'objectifs » chargée « *ex nihilo* » de mobiliser la capacité d'expertise des organismes existants et d'assurer une meilleure coordination entre eux.

En 2002, l'AFSSE s'était vue dotée au titre des crédits de la santé, comme l'année précédente, de 2,6 millions d'euros. Le budget total de l'agence devait atteindre 7,9 millions d'euros, compte tenu des dotations inscrites au budget du ministère de l'environnement.

Lors de l'examen des crédits de la santé pour 2002, votre rapporteur avait déploré que l'AFSSE ne fonctionne toujours pas à la fin novembre 2001, près de sept mois après sa création par la loi, le décret précisant la structure de fonctionnement de l'agence ainsi que son régime administratif, budgétaire, financier et comptable n'ayant toujours pas été publié.

Ce décret n'est paru qu'en mars 2002 et le budget voté pour 2001 n'a pu être utilisé.

Le décret n° 2002-299 du 1er mars 2002 relatif à l'organisation et au fonctionnement de l'Agence française de sécurité sanitaire environnementale fixe les modalités de fonctionnement de l'AFSSE. Ce décret est semblable dans sa structure à celui portant création de l'agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA).

L'arrêté fixant le budget primitif de l'AFSSE pour 2002 prévoit un budget de 1,65 million d'euros en fonctionnement et 380.000 euros en investissement.

Pour 2003, 2 millions d'euros sont prévus au sein des crédits de la santé et 2,6 millions d'euros au titre des crédits du ministère de l'écologie et du développement durable.

L'AFSSE devrait être officiellement installée par les ministres chargés de la santé et de l'environnement dans les prochaines semaines.

Outre la mise sur pied de l'AFSSE, les moyens propres du ministère de la santé en matière de prévention et de lutte contre les risques sanitaires liés aux facteurs d'environnement (pesticides, mercure, qualité des eaux, risques sanitaires liés aux bâtiments...) sont renforcés dans le projet de budget pour 2003, avec une hausse de 7 millions d'euros pour atteindre 14,5 millions d'euros.

## II. L'OFFRE DE SOINS ET L'ACCÈS AUX SOINS : LE POIDS DU FINANCEMENT DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

La politique en matière d'offre de soins est très largement financée par l'agrégat « établissements de soins » figurant au sein de l'ONDAM.

L'agrégat « offre de soins » du projet de loi de finances se monte à 1.184,8 millions d'euros en crédits de paiement, dont 970 millions d'euros pour financer la contribution de l'Etat au financement de la protection complémentaire de la couverture maladie universelle.

### A. LE POIDS FINANCIER CROISSANT DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE COMPLÉMENTAIRE

Les dépenses à la charge de l'Etat liées à la couverture maladie complémentaire (CMU) devraient connaître une certaine stabilisation après une phase de montée en puissance du dispositif. En outre, les mesures prévues par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 (développement des génériques, déremboursement progressif des médicaments à SMR insuffisants, tarif forfaitaire de remboursement...) devraient également avoir un effet modérateur sur les dépenses au titre de la CMU.

#### 1. Un nombre de bénéficiaires stabilisé

La loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle a prévu un dispositif comprenant deux volets permettant d'assurer aux personnes les plus démunies et dépourvues de couverture médicale l'affiliation à un régime de base, d'une part, et à un régime complémentaire, d'autre part.

- *La couverture maladie universelle de base*

La couverture maladie universelle de base obligatoire est ouverte aux personnes résidant en France de façon stable et régulière dont les revenus imposables n'excèdent pas 6.609 euros annuels. Au-delà, les bénéficiaires doivent s'acquitter d'une cotisation calculée sur le revenu excédent ce seuil.

Les dépenses de cette couverture de base sont prises en charge directement au sein de la branche assurance maladie.

Les bénéficiaires de la *couverture maladie universelle* (CMU) de base relèvent en principe des caisses primaires d'assurance maladie et caisses

générales de sécurité sociale dans les départements d'outre-mer. Toutefois, en application du II de l'article 19 de la loi du 27 juillet 1999, les prestations continuent d'être servies par les *caisses de mutualité sociale agricole* (MSA) pour les personnes qui bénéficiaient de ce réseau de caisses au titre de l'assurance personnelle avant l'entrée en vigueur de la CMU.

Parmi les personnes affiliées sur critère de résidence, 1.104.224 résident en France métropolitaine, soit 81 % de l'effectif. Près des deux tiers sont également titulaires du RMI et moins de 4 % sont affiliés sur critère de résidence avec cotisation.

- ***La couverture complémentaire***

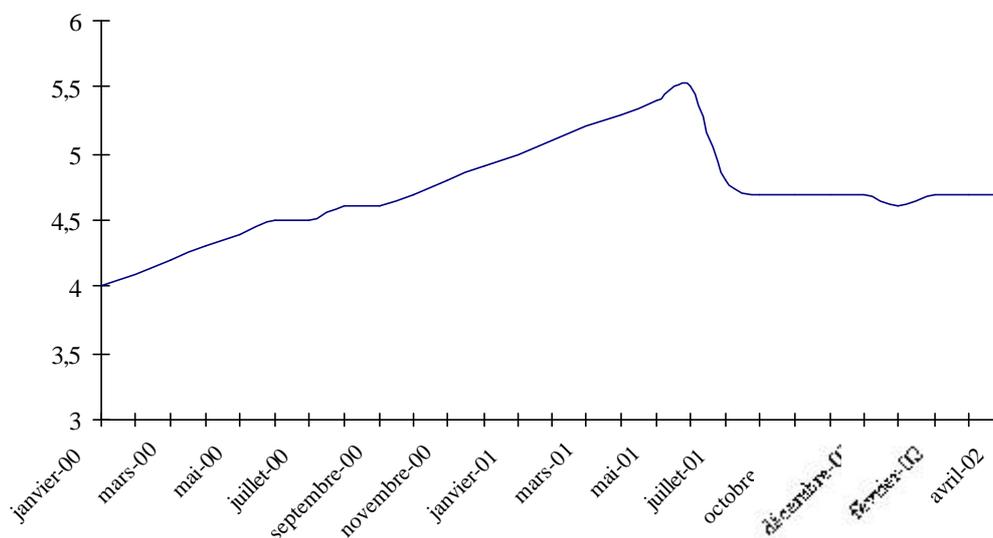
La couverture complémentaire, ouverte sous conditions de ressources, permet de bénéficier d'une prise en charge à 100 % des soins, avec la prise en charge intégrale du ticket modérateur, du forfait hospitalier, ainsi que divers appareillages.

Le bénéfice du tiers payant est étendu aux intéressés qui ont le choix de leur organisme d'affiliation, soit une caisse d'assurance maladie, soit une mutuelle, soit une institution de prévoyance, soit une compagnie d'assurance.

Dans l'ensemble de la France (métropole et DOM), 1.089.614 personnes sont entrées dans la CMU complémentaire au cours de l'année 2001 et 19 % d'entre elles ont choisi un organisme complémentaire pour faire gérer leur prestation.

Après les pics connus en janvier et mars 2002, où 119.000 et 91.778 personnes sont entrées dans le système, le rythme des nouveaux entrants inscrits à compter d'avril tend à se stabiliser comme en 2001, entre 87.000 et 95.000 personnes.

**Evolution du nombre de bénéficiaires**  
(en millions)



Au 31 décembre 2001, 86,59 % des titulaires de la CMU complémentaire étaient gérés par une CPAM et 13,41 % par un organisme complémentaire.

La part des organismes complémentaires dans le stock des bénéficiaires croît depuis 2000. Ainsi, aujourd'hui, près de 20 % des nouveaux entrants optent pour un organisme complémentaire, contre seulement 7 % en décembre 2000.

Le dispositif est particulièrement concentré puisque à peine 10 organismes gèrent près de 26 % du total des bénéficiaires ayant opté pour un organisme complémentaire, et les 50 premiers organismes en représentent près de 60 %. L'assurance maladie et les mutuelles représentent, à elles seules, plus de 9/10<sup>èmes</sup> de la gestion de la couverture maladie universelle.

### Répartition de l'ensemble des bénéficiaires au 31 janvier 2002

Régimes d'attribution	Gestion par le régime obligatoire	Gestion par les organismes complémentaires	Total
Régime général	3.733.844	572.711	4.306.555
Régime agricole (CCMSA)	122.948	20.842	143.790
Régime des travailleurs indépendants	79.978	32.439	112.417
Autres régimes et sections locales mutualistes	17.237	4.571	21.808
<b>Total</b>	<b>3.954.007</b>	<b>630.563</b>	<b>4.584.570</b>

## 2. Un coût croissant pour le budget de l'Etat

Le financement de la CMU complémentaire est assuré par un fonds *ad hoc*, le fonds de financement de la CMU, géré par le Fonds de solidarité Vieillesse (FSV), et doté de deux ressources : d'une part, une contribution de l'Etat fixé en loi de finances et prélevé sur les crédits des ministères sociaux et, d'autre part, une contribution trimestrielle des organismes de couverture maladie complémentaire, correspondant à 1,75 % du montant des cotisations et des primes concernant les frais de santé recouvrées au trimestre précédent.

Le budget initial pour 2002 reposait sur quatre hypothèses :

□ un nombre de bénéficiaires stabilisé à 4,8 millions au 31 décembre 2002 ;

□ une augmentation de la dépense par bénéficiaire contenue à 5,6 %, soit 264 euros pour les régimes de base ;

□ une progression conséquente de l'assiette de la contribution de 1,75 % à la charge des organismes complémentaires de 5 %, avec un rendement net porté à 190 millions d'euros ;

□ et enfin un montant forfaitaire de prise en charge de la dépense des organismes complémentaires -montant déduit de la contribution de 1,75 % acquittée par ces organismes- maintenu à 228 euros par bénéficiaire géré.

### Budget prévisionnel pour 2002

(en millions d'euros)

Recettes		Dépenses	
Dotation budgétaire de l'Etat	930	Versements aux organismes de sécurité sociale	1.089
Contribution de 1.75 % à la charge des organismes de couverture maladie complémentaire	190	Versements aux organismes de couverture maladie complémentaire	30
Reprise sur provisions	106	Gestion administrative	1
		Dotation aux amortissements et aux provisions	106
<b>Total</b>	<b>1.226</b>	<b>Total</b>	<b>1.226</b>

Source : Fonds de financement de la CMU

Selon les dernières prévisions du fonds CMU établies à partir des données de la CNAMTS, le nombre de bénéficiaires à la fin de l'année 2002 serait en baisse, à 4,5 millions. Par ailleurs, l'évolution de l'assiette de la contribution des organismes complémentaires devrait être plus vive que prévue, avec un taux de croissance de 8 %, pour un rendement net de 230 millions d'euros environ.

Toutefois, la dépense moyenne par bénéficiaire, en ce qui concerne les régimes de base, devrait augmenter d'environ 10 %, s'élevant à 295 euros au lieu de 263 euros, soit le double de l'évaluation initialement réalisée.

La difficulté de maîtriser la croissance des dépenses médicales, en général, se trouve encore accrue pour les bénéficiaires de la CMU.

L'insuffisante dotation, au titre de 2001 (- 130 millions d'euros) et au titre de 2002 (- 90 millions d'euros) a, en conséquence, contraint le nouveau Gouvernement à inscrire, lors du collectif budgétaire de l'été 2002, un complément d'un montant global de 220 millions d'euros.

Grâce à ce dernier, le fonds présenterait, pour l'exercice 2002, une situation financière provisoirement rétablie.

### Budget 2002 du fonds en exécution

(en millions d'euros)

Recettes		Dépenses	
Dotation budgétaire de l'Etat	1.150	Versements aux organismes de sécurité sociale	1.161
Contribution de 1.75 % à la charge des organismes de couverture maladie complémentaire	232	Versements aux organismes de couverture maladie complémentaire	43
Reprise sur provisions	159	Provisions et remises sur créances	171
		Gestion administrative	1
		Insuffisance 2001	130
<b>Total</b>	<b>1.541</b>	<b>Total</b>	<b>1.506</b>
<b>Solde</b>	<b>+ 35</b>		

Source : Fonds de financement de la CMU

Pour 2003, le montant de la dotation de l'Etat au fonds CMU, retenu dans le cadre du projet de loi de finances, s'élève à 970 millions d'euros, soit une diminution de la dotation globale 2002 en gestion de 15,6 % et une progression de 4,4 % par rapport à la loi de finances initiale pour 2002.

En prenant en compte l'excédent 2002, cette dotation devrait néanmoins suffire à équilibrer le fonds sur la base de quatre hypothèses contradictoires :

- une diminution des effectifs, de 4,5 millions en janvier 2003 à 4,2 millions en décembre 2003 ;
- une progression de la dépense individuelle de 5,3 % ;
- une progression de l'assiette de la contribution des organismes complémentaires de 8 % ;
- une revalorisation de la déduction des organismes complémentaires de 55 euros, la portant à 283 euros par bénéficiaire géré et par an. C'est l'objet de l'article 78 inséré dans le présent projet de loi par un amendement du Gouvernement adopté à l'Assemblée nationale.

### 3. Un effet de seuil partiellement résolu par l'aide à la mutualisation de la CNAMTS

Le bénéfice de la CMU complémentaire est réservé aux titulaires de revenus inférieurs à 562 euros mensuels pour une personne seule et 843 euros pour deux personnes.

Ce plafond de ressources est souvent critiqué en raison de sa très grande proximité, immédiatement inférieure, avec le montant dont bénéficient les allocataires du minimum vieillesse/invalidité et de l'AAH, qui s'élèvent tous les deux à 569,38 euros mensuels.

Toutefois, les comparaisons doivent prendre en compte le forfait logement, qui concerne la grande majorité des bénéficiaires de la CMU complémentaire. Dans cette optique, l'écart ne s'élève pas à 7,38 euros, mais à 56 euros. En conséquence, placer le plafond de ressources de la CMU complémentaire au niveau du minimum vieillesse et de l'allocation adulte handicapé n'améliorerait pas la situation de la plupart des titulaires de ces minima sociaux.

Cette situation nourrit un important contentieux, 37.844 recours déposés en 2000, fondé sur la contestation des ressources prises en compte par les caisses, dont le niveau détermine l'accès, ou non, à l'exonération du paiement de cotisations et à la dispense d'avance de frais. Cette situation a contraint, en mars 2002, la Direction de la sécurité sociale à rédiger une circulaire procédant au rappel des règles de procédure applicables à la prise de décision et précisant les voies de recours et d'appel afférentes à ces décisions.

Face à cette situation, le précédent gouvernement avait, lors de la lecture définitive du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, annoncé « *un nouveau dispositif permettant de réduire le coût d'acquisition d'un contrat de couverture maladie complémentaire par les personnes dont les ressources sont à peine supérieures au plafond de la CMU* ».

En conséquence, un avenant à la convention d'objectifs et de gestion Etat-CNAMTS 2000-2003, signé le 7 mars 2002, a prévu de pallier partiellement l'effet de seuil excluant les titulaires de l'AAH et du minimum vieillesse en créant, au bénéfice des personnes dont les revenus sont compris entre le plafond et 10 % de ce dernier, une aide financière dénommée « ***aide à la mutualisation*** », imputée sur les crédits d'action sanitaire et sociale des caisses d'assurance maladie.

Cette aide, dont le montant dépend de la composition du foyer et de l'âge du bénéficiaire, vaut pour une période de un an reconductible. Elle permet l'achat d'un contrat de couverture complémentaire qui doit garantir le « *panier de soins* » de la CMU complémentaire et respecter un certain nombre de principes (absence de limite d'âge pour l'adhésion à un contrat, non-utilisation de questionnaire ou d'examen médical, etc.).

### **Les conditions de l'aide à la mutualisation selon l'avenant**

- Les personnes ou foyers éligibles sont ceux dont les revenus n'excèdent pas de plus de 10 % le plafond de la CMU complémentaire ;
- les personnes déjà couvertes au titre d'un contrat de protection complémentaire collectif obligatoire sont exclues du bénéfice de l'aide ;
- les contrats éligibles à l'aide doivent garantir le « panier de soins » de la CMU complémentaire et respecter un certain nombre de principes « déontologiques » ;
- les négociations sont déterminées au plan local entre les caisses et les organismes complémentaires afin de déterminer les tarifs auxquels ces contrats sont proposés ;
- les tarifs peuvent être modulés selon l'âge de l'assuré et la composition de la famille ;
- le montant de l'aide s'élève à 115 euros pour la première personne, majoré de 103,5 euros pour la deuxième, et de 57,5 euros par personne supplémentaire. Ce montant est modulé en fonction de l'âge du bénéficiaire adulte à hauteur de – 20 % quand celui-ci est âgé de 18 à 39 ans, + 10 % de 40 à 59 ans, et + 40% pour les plus de 60 ans ;
- dans l'attente des négociations, les personnes ayant déposé un dossier pourront déposer une demande d'aide ponctuelle.

L'avenant à la COG renvoyait vers les CPAM la mise en œuvre du dispositif. Une circulaire d'application devait être prise en ce sens à la fin du mois de juillet 2002.

L'application de cet avenant devra, en outre, surmonter quatre difficultés :

- l'absence d'adhésion des acteurs de la protection sociale complémentaire (Mutuelle/Assureur/Prévoyance), qui préconisent eux-mêmes des solutions alternatives ;
- une gestion juridiquement contestable des dotations inscrites dans la COG ;
- la reconstitution de nouvelles disparités entre départements, disparités que la CMU avait précisément pour objet de gommer ;
- une mise en place longue et fastidieuse sur le plan local, liée à la nécessité de négocier au plus près le contenu de la couverture avec les organismes complémentaires.

- *Les projets des fédérations mutualistes*

L'idée d'un crédit d'impôt pour une couverture complémentaire, née au sein de la Mutualité des agents des impôts (MAI) en 1991, a été relancée récemment par la Mutualité française.

Fort du constat que la CMU complémentaire ne bénéficiait pas à de nombreux exclus de toute protection médicale complémentaire (AAH, minimum vieillesse, certains salariés de PME, etc.), la Mutualité a proposé que ces derniers puissent bénéficier d'un crédit d'impôt ou d'une déduction -selon leur situation- d'un montant de 155 euros auxquels s'ajouteraient 40 euros par enfant à charge, leur permettant de financer, dans le cadre d'un contrat individuel, une protection santé complémentaire.

Le coût de cette proposition est estimé à environ 800 millions d'euros.

De son côté, la *Fédération nationale interprofessionnelle des mutuelles* (FNIM) propose, pour sa part, une aide personnalisée à la santé, inspirée des propositions formulées par le Sénat lors de l'examen du projet de loi relatif à la CMU en 1999.

Cette fédération préfère l'instauration d'une aide dégressive financée par une dotation budgétaire annuelle et conteste l'idée du crédit d'impôt qui, selon elle, ne serait pas conforme au principe de progressivité de l'impôt et, pour être efficace, du fait de sa dispersion, coûterait rapidement très cher.

Tant le Président de la République que le Gouvernement ont précisé qu'ils étaient ouverts à l'éventualité d'un dispositif favorisant l'accès à une couverture complémentaire santé. Mais, pour l'instant, aucune orientation n'a encore été arrêtée.

**L'alternative proposée par le Sénat : l'allocation personnalisée à la santé (APS)**

**L'APS avait vocation à supprimer l'effet de seuil**

Le dispositif actuel de la CMU -complémentaire- est attribué aux titulaires d'un revenu inférieur à 562 euros mensuels pour une personne seule. Ce dispositif exclut notamment les titulaires de l'allocation adulte handicapé (AAH) et du minimum vieillesse dont les montants excèdent de 7,38 euros le plafond mensuel de la couverture maladie universelle.

Pour annuler cet effet de seuil, le Sénat a proposé que le montant de l'APS soit dégressif avec le revenu partant d'une prise en charge à 100 % pour les titulaires du revenu minimum d'insertion (RMI).

**L'APS privilégiait la voie conventionnelle pour la fixation du « panier de soins »**

Pour favoriser « un scénario partenarial », la commission des Affaires sociales avait proposé d'autoriser les régimes obligatoires d'assurance maladie et les fédérations représentatives des organismes assureurs, de prévoyance et mutualistes à établir une convention permettant :

- la possibilité de définir le contenu du panier de soins, celui-ci pouvant différer dans son périmètre et dans ses montants de celui prédéfini par le régime de base d'assurance maladie (art. L. 321-1) et sur lequel s'alignait le projet de CMUC gouvernemental ;

- la possibilité de fixer les critères de qualité et de prix auxquels doivent satisfaire les producteurs de biens et services médicaux pour bénéficier d'un agrément ouvrant droit à la prise en charge des soins.

La convention ne devait entrer en vigueur qu'après ratification par un arrêté ministériel.

**L'APS prévoyait une « garantie de ressources » en faveur des organismes complémentaires participant au dispositif, l'Etat compensant au franc le franc les dépenses acquittées pour un montant supérieur aux subventions reçues et ce, afin d'assurer que le prix de la CMU complémentaire est estimé à sa juste valeur.**

En effet, le système proposé par le Gouvernement est inéquitable à l'égard de ces organismes qui sont financés par une dotation forfaitaire par affilié, dont le montant -environ 1.500 francs annuels- reste inférieur au coût réel moyen de prise en charge.

**A l'instar de la CMU complémentaire, l'APS prévoyait le principe du tiers payant et le caractère « différentiel » de la couverture.**

#### **4. Les risques de retrait des organismes complémentaires**

La prise en charge du volet complémentaire de la CMU est assurée, soit par les caisses primaires d'assurance maladie, soit par les organismes de protection sociale complémentaire. Toutefois, le système en lui-même introduisait une sorte de concurrence déloyale entre la sécurité sociale et ces organismes.

En effet, les institutions du régime général peuvent gérer la part complémentaire sans être assujetties aux contributions assises sur le chiffre d'affaires « santé » et sont remboursées par l'Etat de la prise en charge des dépenses « au franc le franc », alors que les déductions consenties aux organismes complémentaires étaient plafonnées à un tarif de 228 euros annuels par assuré.

Au 30 septembre 2001, 88 % des ressortissants de la CMU complémentaire étaient gérés par les CPAM, alors même que les organismes complémentaires auraient dû être les acteurs déterminants du nouveau système ; l'intervention des organismes de base était présentée comme une sorte de garde-fou, pour pallier leurs éventuelles carences.

Ces organismes ont fait part, à plusieurs reprises, de comportements singuliers des caisses primaires d'assurance maladie, tendant à garder sur la partie complémentaire des clients « captifs ». Des plaintes devant la Commission européenne ont été déposées pour violation des règles de la concurrence, au regard des règles disparates appliquées pour le financement du volet complémentaire.

Assujettis à une taxe sur le chiffre d'affaires, les organismes complémentaires bénéficient d'un forfait déductible de cette dernière qui est néanmoins inférieur à la dépense moyenne par assuré.

En effet, la consommation moyenne des bénéficiaires de la CMU complémentaire est plus importante que celle des autres bénéficiaires du régime général à âge et sexe identiques. La structure des dépenses est également spécifique aux populations démunies, ce qui résulte d'un état de santé moins bon que celui des autres ressortissants du régime général.

La dépense moyenne par bénéficiaire remboursée au titre de la CMU complémentaire dans les régimes de base est évaluée à 243 euros en 2000. En intégrant les provisions, la dépense unitaire 2001 s'élève à 268 euros, soit une progression de 10,5 %, alors même que le montant de la dépense prise en charge par le fonds restait forfaitaire à 228 euros.

Plusieurs de ces organismes ont, en conséquence, fait part de leur intention de se retirer de la gestion de la CMU complémentaire. Cette annonce contredisait une tendance constatée ces derniers mois à l'accroissement de la part de ces derniers dans la gestion du dispositif.

Aussi le Gouvernement a-t-il procédé, par voie d'amendement à l'Assemblée nationale, au relèvement de cette déduction à 283 euros par assuré, montant davantage conforme aux dépenses réelles qu'entraîne la gestion d'un dossier de CMU.

### **5. Les limites du « panier de soins » de la couverture maladie complémentaire**

La couverture maladie universelle complémentaire permet la prise en charge avec dispense de frais :

- du forfait journalier hospitalier (sans limitation de durée) ;
- du ticket modérateur sur les actes et prescriptions des professionnels de santé, dans la limite des tarifs de responsabilité des caisses ;
- des frais supplémentaires en sus des tarifs de responsabilité pour certaines prestations (optique – dentaire – auditif – dispositifs spéciaux) dans la limite de forfaits fixés par quatre arrêtés ministériels.

Quatre arrêtés conjoints des ministres de l'emploi et de la solidarité, de l'agriculture, et de l'économie et des finances, en date du 31 décembre 1999, ont donc fixé la liste des dispositifs et le montant limite des frais pris en charge.

Ils ont été assouplis par la circulaire de la Direction de la sécurité sociale du 27 avril 2000 et trois arrêtés en date du 14 août 2002 qui assouplissent quelque peu le dispositif initial.

A bien des égards toutefois, la CMU complémentaire demeure une « *couverture complémentaire minimale* » :

- le ticket modérateur est limité au tarif de responsabilité des caisses. Ce principe ne pose de difficultés que pour les médecins pratiquant des honoraires supérieurs à ce tarif. La pratique en ce domaine semble variable. Certains d'entre eux demandent *contra legem* un dépassement, d'autres respectent ces tarifs, d'autres enfin sélectionnent leur clientèle ;

- le principe du tiers payant est parfois lourd à gérer pour les praticiens, du fait notamment des délais de remboursement ;

- les tarifs prévus par les textes sont récusés par les professionnels de santé car considérés comme insuffisants, notamment les pharmaciens, qui contestent certains tarifs fixés en référence à des prix de gros, et les dentistes qui les estiment trop bas par rapport aux coûts réels des soins ;

- les tarifs prévus excluent, de fait, certains biens jugés comme courants par les professionnels de santé ou limitent drastiquement les choix de produits médicaux disponibles pour les assurés CMU (optique, dentaire, etc.) ;

- le panier de soins fait parfois référence à des notions considérées comme « floues » par les praticiens, telle « *l'impérieuse nécessité médicale* » qui permet un dépassement du plafond de prise en charge des prothèses dentaires et qui est source de divergences d'appréciation entre dentistes et dentistes-conseil des caisses.

	<b>Optique</b>	<b>Dentaire</b>	<b>Auditif</b>	<b>Dispositifs médicaux spéciaux</b>
<b>Arrêtés du 31/12/1999</b>	<p>- fixe par catégorie figurant à la nomenclature et par équipement les montants maxima remboursables en sus des tarifs de responsabilités</p> <p>- fixe les prix limites de vente auxquels les distributeurs doivent proposer ces dispositifs aux bénéficiaires de la CMU</p> <p>- pour les enfants, les prix limites sont égaux aux tarifs de remboursements par l'assurance maladie</p> <p>- pour les adultes, la CMUC prend en charge la différence entre les prix limites et les tarifs de remboursements</p> <p>- assure la prise en charge des équipements optiques (verres/montures/suppléments) dans le cadre d'un achat par an sauf exception justifiée</p>	<p>- établit la liste des prothèses et des traitements d'orthodontie pour lesquels les dépassements tarifaires sont pris en charge par la CMUC</p> <p>- fixe les dépassements maxima par rapport aux tarifs de remboursement de l'assurance maladie de base</p> <p>- les tarifs fixés réglementairement doivent être respectés par les professionnels de santé</p> <p>- le montant total des frais pris en charge en sus des tarifs de responsabilité ne peut excéder 2.600 francs par période de deux ans sauf « <i>impérieuse nécessité médicale</i> »</p>	<p>- les audioprothésistes doivent proposer des prothèses analogiques à contours d'oreille non programmables à un prix n'excédant pas 2.910 francs par prothèse pour les adultes, et n'excédant pas le tarif de responsabilité des caisses pour les enfants</p> <p>- pour les autres prothèses auditives, pour adultes, les frais exposés, au-delà du tarif de responsabilité au titre de la protection complémentaire sont pris en charge dans la limite de 1.600 francs par période de deux ans</p>	<p>- les distributeurs de dispositifs médicaux particuliers figurant dans la liste dressée par les arrêtés (cannes et déambulateurs, colliers cervicaux, appareils pour stomisés, canules trachéales etc.) doivent proposer leurs produits à des prix égaux au tarif de responsabilité de l'assurance maladie de base</p>
<b>Circulaire du 27 avril 2000</b>	<p>- l'administration précise qu'elle ne « <i>s'opposera pas</i> » à la prise en charge du remplacement d'un équipement au cours de l'année de référence en cas d'évolution rapide de la pathologie visuelle ou une intolérance aux verres progressifs nécessitant la délivrance de deux dispositifs</p> <p>- il est possible d'individualiser la notion d'équipement et d'assurer la prise en charge d'un verre seulement ou de la seule monture.</p>	<p>- suppression du plafond de 2.600 francs</p>		
<b>Arrêtés du 14 août 2002</b>	<p>Les montants pris en charge pour les lunettes sont fixés à 54,57 euros pour tous, sauf verres progressifs (163,73 euros pour les enfants contre 137,21 euros pour les adultes)</p>		<p>Les distributeurs sont tenus de proposer des prothèses auditives à des prix n'excédant pas le tarif de remboursement quel qu'en soit le modèle à deux catégories : les patients de moins de 20 ans et les adultes atteints de cécité ou d'un fort déficit auditif</p>	<p>La liste établie précédemment est modifiée</p>

\*

\* \*

Au total, le système CMU base et complémentaire correspond à une sorte de « *sécurité sociale à 100 %* », qui a amélioré la situation de patients ne pouvant jusque là accéder à certains soins, sans pour autant leur permettre d'accéder à une situation « de droit commun ».

Le rapport de l'IGAS<sup>1</sup> de décembre 2001, relatif à l'évaluation de la CMU, note à ce titre que « *si elle a doté 8% des Français d'une couverture complémentaire, 30 % de ces derniers indiquent qu'ils ne peuvent toujours pas assumer les dépenses restant à leur charge pour certains soins, essentiellement pour les prothèses dentaires et l'optique* ».

Certaines des difficultés soulevées par ce rapport, et qu'avait notées notre collègue Alain Vasselle qui siège au Conseil de surveillance de la CMU, trouvent lentement des éléments de solutions.

#### ***Le rapport de l'IGAS vu par M. Alain Vasselle***

(...)

« *Même si ce document fait preuve d'une grande prudence, il s'apparente, par certains côtés, à un véritable « livre noir de la CMU », tant les critiques explicites portées sur l'application du dispositif, et les critiques implicites sur sa conception même, sont nombreuses :*

« *- premièrement, l'objectif quantitatif de la CMU complémentaire, qui était censé toucher 6 millions de personnes, est loin d'être atteint : on en serait à 4,6 millions de « CMUistes », alors que l'aide médicale départementale bénéficiait à 3,4 millions de personnes ;*

« *- deuxièmement, les trois reports successifs du réexamen de la situation des bénéficiaires de l'aide médicale départementale, basculés automatiquement dans le nouveau régime le 1<sup>er</sup> janvier 2000, sont sévèrement critiqués ; ces reports auraient représenté un coût de 1,5 milliard de francs ;*

« *- troisièmement, le rapport décrit sans complaisance la question insoluble de l'effet de seuil créé par la couverture maladie universelle complémentaire, générateur d'injustices et d'un contentieux important ; les différents mécanismes proposés par le Gouvernement pour pouvoir y remédier apparaissent bien complexes, et risquent de recréer des inégalités que la CMU avait pour ambition de faire disparaître ;*

« *- quatrièmement, le rapport décrit avec précision la complexité inutile des règles de droit différentes entre la CMU de base et la CMU complémentaire ;*

---

<sup>1</sup> Inspection générale des affaires sociales, Yves Carcenac et Evelyne Liouville, Première évaluation de l'application de la loi du 27 juillet 1999 portant création de la Couverture maladie universelle (CMU), rapport n° 2001 112, décembre 2001

« - cinquièmement, le dévoiement du « scénario partenarial » apparaît patent : 88 % des ressortissants de la CMU complémentaire sont gérés par les CPAM, la part des organismes complémentaires étant cependant en progression ;

« - sixièmement, si le rapport passe un peu rapidement sur les nombreux griefs des professionnels de santé (contenu du panier de soins, longueur des délais de remboursement, nombreuses erreurs de remboursement...), il conclut cependant par un « aveu » terrible : « La réforme a instauré un système rigide, moins souple que l'aide médicale départementale qui, malgré ses défauts, permettait une prise en charge correcte des patients grâce aux conventions particulières passées dans de nombreux départements entre le conseil général, les caisses et les professionnels de santé et aux autres aides locales ».

« Enfin, le rapport est particulièrement bref sur les conséquences de l'instauration de la CMU pour les finances de l'Etat, les finances sociales et les finances locales. **Le surcoût engendré par la CMU pour la CNAMTS représente pourtant 1,4 milliard d'euros (9,1 milliards de francs)**, puisque les recettes qui lui avaient été initialement affectées ont été détournées pour financer le FOREC. En revanche, l'Etat -compte tenu des moindres dépenses de la CMU complémentaire- n'a pas constaté le surcoût attendu : reportant une fois de plus sur la sécurité sociale le soin de financer les générosités de sa politique, l'Etat est en quelque sorte « le gagnant » de la CMU.

Source : communiqué de presse du 20 février 2002

## **B. LES CRÉDITS CONSACRÉS À L'OFFRE DE SOINS**

### **1. Un effort sensible en faveur de la formation des professions médicales et paramédicales**

Enfin, le projet de budget comprend des moyens nouveaux pour la formation des professions médicales et paramédicales, dont la dotation croît, à structure constante, de 3,8 % pour atteindre en 2003 137,4 millions d'euros.

Il convient de noter que les dépenses liées aux stages extrahospitaliers des résidents en médecine font l'objet d'un transfert de crédits, à hauteur de 40 millions d'euros, de l'assurance maladie vers le budget de l'Etat.

Par ailleurs, 3,45 millions d'euros supplémentaires serviront à financer davantage de bourses en raison de l'augmentation des quotas d'étudiants.

Les crédits de ce chapitre se répartissent entre quatre articles : les subventions aux écoles de formation des sages-femmes et des professionnels paramédicaux (24,12 millions d'euros), les crédits pour les étudiants en médecine, en odontologie et en pharmacie (48,07 millions d'euros), le financement de l'année-recherche de l'internat en médecine et en pharmacie

(5,45 millions d'euros) et les bourses pour les professions paramédicales et les sages-femmes (59,71 millions d'euros).

## **2. La prise en charge de l'IVG : la nécessité d'un apurement rapide de la dette de l'Etat**

L'article 23 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 transfère de l'Etat à l'assurance maladie la prise en charge des frais de soins et d'hospitalisation afférents aux interruptions volontaires de grossesse (IVG).

En conséquence, le projet de budget pour 2003 ne comprend aucune dotation pour le chapitre 46-22 de l'agrégat « offre de soins » relatif au remboursement aux organismes de sécurité sociale des dépenses afférentes à l'IVG. Ce chapitre avait été doté de 24,7 millions d'euros en 2002.

La loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse avait distingué, pour la prise en charge, les interruptions de grossesse effectuées pour des motifs thérapeutiques, remboursées par l'assurance maladie, des autres interruptions volontaires de grossesse qui n'étaient pas remboursées et pouvaient seulement être prises en charge au titre de l'aide médicale pour les intéressées rencontrant des difficultés financières.

La loi n° 82-1172 du 31 décembre 1982 relative à la couverture des frais afférents à l'interruption volontaire de grossesse non thérapeutique et aux modalités de financement de cette mesure, a mis fin à ce régime en permettant le remboursement par la sécurité sociale de toutes les interruptions de grossesse (*art. L. 321-1 du code de la sécurité sociale*). Toutefois, il avait été jugé préférable, pour des raisons essentiellement politiques, de faire assumer la dépense correspondante par l'Etat.

En pratique, l'Etat remboursait aux organismes d'assurance maladie, sur les crédits budgétaires de la santé, les sommes résultant des dépenses de prise en charge des IVG.

Le Gouvernement souhaite aujourd'hui, pour des raisons de simplification comptable et de clarification des relations entre l'Etat et l'assurance maladie, mettre fin à ce mécanisme de remboursement par l'Etat.

Cette décision n'aura naturellement aucune conséquence pour les femmes concernées, qui continueront à bénéficier du remboursement des dépenses engagées à l'occasion d'une IVG.

Votre commission souligne que le transfert à l'assurance maladie des dépenses d'IVG ne doit pas pour autant conduire l'Etat à se désengager des politiques de santé publique destinées précisément à prévenir les IVG. Si la

prise en charge de l'IVG en tant qu'acte médical peut bien être assumée par l'assurance maladie, le problème de santé publique -et de société- que constitue le nombre trop important d'IVG dans notre pays est bien de la seule responsabilité de l'Etat.

Votre commission s'interroge enfin sur le sort réservée à la dette contractée par l'Etat à l'égard de l'assurance maladie au titre des dépenses d'IVG.

Les dotations budgétaires étant généralement insuffisantes pour un remboursement total des dépenses effectivement engagées, l'Etat a de fait contracté à l'égard de la sécurité sociale une dette qui atteignait 12 millions d'euros en 2001.

Les crédits alloués depuis 1997, qui étaient supérieurs aux dépenses, ont certes permis de résorber progressivement les retards de paiement des années antérieures. En cinq ans, de 1997 à 2001, la dette a diminué de 2,47 millions d'euros pour s'établir à 11,84 millions d'euros fin 2001.

**Évolution du chapitre 46-22  
(Remboursement aux organismes de sécurité sociale  
de dépenses afférentes à l'IVG)**

*(en francs)*

Années	Montants engagés par les organismes de sécurité sociale	Crédits ouverts en LFI	Solde
antérieures à 1990			1.334.183,80
1990	22.162.017,02	20.885.515,36	1.276.501,66
1991	23.734.175,87	21.190.413,40	2.543.762,47
1992	26.053.253,95	20.999.852,12	5.053.401,82
1993	23.435.498,67	21.342.862,41	2.092.636,26
1994	23.182.763,50	22.867.352,59	315.410,92
1995	22.921.691,51	22.867.352,59	54.338,93
1996	24.511.261,87	22.867.352,59	1.643.909,28
1997	23.946.644,52	24.696.740,79	- 750.096,27
1998	24.275.403,88	24.696.740,79	- 421.336,92
1999	24.030.468,61	24.696.740,79	- 666.272,18
2000	24.366.416,09	24.696.740,79	- 330.324,70
2001	24.390.260,95	24.696.740,79	- 306.479,85
2002	24.838.193,53	24.696.740,79	<b>141.452,74</b>
<b>Insuffisance de crédits totale<sup>(1)</sup></b>			<b>11.981.087,96</b>

<sup>(1)</sup> Les excédents de crédits permettent de résorber les insuffisances de crédits des années antérieures

La situation s'est toutefois inversée en 2002 puisque l'insuffisance de crédits au 4 octobre 2002 s'élève à 141.452 euros portant l'insuffisance de crédits totale à 11.981.087 euros.

Votre rapporteur prend acte des engagements formulés par le ministre de la santé, de la famille et des personnes âgées, lors de son audition par votre commission sur le projet de loi de finances pour 2003, le 7 novembre dernier, pour qui la dette contractée à ce titre par l'Etat devrait normalement être partiellement ou totalement honorée dans le cadre du collectif de fin d'année.

### **3. La disparition programmée du FIMHO**

Les crédits de la santé ont aussi pour vocation de financer, au sein du chapitre 66-12, le *Fonds d'aide à l'adaptation des établissements hospitaliers*, plus communément appelé *Fonds d'investissement pour la modernisation des hôpitaux* (FIMHO), créé en 1998 afin de subventionner les investissements restructurants.

La vocation de ce fonds est d'apporter aux établissements de santé sous dotation globale une aide de l'Etat destinée à permettre la réalisation d'opérations contribuant d'une façon déterminante à l'adaptation de l'offre de soins.

Le rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de sécurité sociale de septembre 2002 pointe la lenteur de la montée en charge de ce fonds, relevant un faible taux de consommation des crédits et un « saupoudrage ». Ces critiques sur la sous-consommation des crédits ont d'ailleurs un caractère chronique.

Dans son rapport sur les fonds médicaux et hospitaliers<sup>1</sup>, présenté en mai dernier à l'occasion de ses travaux de contrôle sur pièces et sur place de l'application des lois de financement de la sécurité sociale, notre collègue Charles Descours avait relevé que le FIMHO se caractérisait par des crédits peu utilisés et des réalisations limitées.

Dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de septembre 1999, la Cour des comptes avait déjà établi un bilan très critique du fonctionnement de ce fonds.

Deux ans plus tard, le constat dressé par M. Descours n'était guère différent. M. Descours constatait que l'on ne pouvait, dans ces conditions, qu'être extrêmement surpris de voir le FIMHO continuer à être abondé à chaque loi de finances. Il recommandait de ne pas se laisser abuser par

---

<sup>1</sup> Les fonds sociaux, *Rapport d'information fait au nom de la commission des Affaires sociales par MM. Charles Descours, Jean-Louis Lorrain et Alain Vasselle, Sénat, n° 382 (2000-2001)*.

l'affichage d'autorisations de programme très importantes qui, comme toutes les « autorisations de programme dormantes », risquaient de devenir à brève échéance des « autorisations de programme annulées ».

Dans ce contexte, il n'est guère surprenant que le Gouvernement ait décidé de mettre fin progressivement à l'activité de ce fonds, les dépenses d'investissement relatives à la modernisation des établissements hospitaliers devant désormais faire l'objet du plan Hôpital 2007, présenté le 20 novembre dernier en conseil des ministres.

Ainsi, si le projet de budget prévoit pour le FIMHO une dotation de 15,2 millions d'euros en crédits de paiement, aucune dotation n'est inscrite en autorisations de programme.

#### **4. L'agence technique de l'information sur l'hospitalisation prochainement opérationnelle**

L'agrégat « *Offre de soins et accès aux soins* » comporte également une dotation de 1,45 million d'euros pour l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Créée par le décret n°2000-1282 du 26 décembre 2000, l'ATIH est un établissement public de l'Etat à caractère administratif placé sous la tutelle du ministre de la santé.

La constitution de l'ATIH répond au souci du ministère de la santé de disposer d'une structure à vocation technique apte à fournir un cadre juridique, organisationnel et financier cohérent pour la mise en œuvre du PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) et des divers systèmes d'information utilisés pour la conduite de la politique hospitalière.

Afin de mener à bien sa mission, il est prévu que l'ATIH dispose, en 2002, d'un budget annuel de 4,1 millions d'euros, financé pour un tiers sur crédits d'Etat, et pour deux tiers de crédits d'assurance maladie. L'agence emploiera 25 personnes, issues des structures préexistantes, et des recrutements supplémentaires permettront de porter les effectifs de l'agence à une cinquantaine d'agents en 2003-2004.

Selon le Gouvernement, l'ATIH devait être opérationnelle au mois d'octobre 2002 et devrait connaître ensuite une montée en charge rapide.

\*

\* \*

**La commission a émis un avis favorable à l'adoption des crédits de la santé pour 2003.**

## **EXAMEN DE L'ARTICLE RATTACHÉ**

*Art. 78 (nouveau)*

### **Dispositions diverses relatives à la couverture maladie universelle (CMU)**

Cet article additionnel introduit par l'Assemblée nationale résulte de l'adoption d'un amendement présenté par le Gouvernement.

Il vise à revaloriser significativement, au 1<sup>er</sup> janvier 2003, la déduction forfaitaire qu'opèrent les organismes d'assurance complémentaire participant à la CMU en la portant de 228 à 283 euros par bénéficiaire et par an. Ce niveau de revalorisation correspond au coût moyen de la dépense pour les organismes complémentaires en 2002.

Cette déduction n'a pas été revalorisée depuis 1999, date de mise en place de la CMU.

Le coût brut de cette mesure est estimé pour l'Etat à 32 millions d'euros. Cette revalorisation serait, selon le Gouvernement, financièrement gagée par des mesures de rationalisation du dispositif.

Compte tenu de la complexité de la gestion au jour le jour et des difficultés rencontrées par les caisses et les organisations complémentaires, le I de cet article propose d'adapter les dispositions actuelles qui prévoient une date d'effet des décisions d'attribution du volet complémentaire de la couverture maladie universelle au jour même où la décision est prise. La rédaction proposée prévoit que les droits sont ouverts à compter du premier jour du mois suivant la décision d'attribution dans le cadre de la procédure normale.

Lorsque la situation du demandeur l'exige, les dispositions aujourd'hui en vigueur prévoient que la date d'effet des décisions d'attribution du volet complémentaire de la couverture maladie universelle est le jour du dépôt de la demande. Le présent article prévoit que l'ouverture du droit se fait au premier jour du mois de la demande. Ces modifications ne remettent pas en cause la durée du droit qui reste fixée à un an.

Le **II** modifie l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale, qui prévoit une revalorisation du plafond de ressources de la couverture maladie universelle complémentaire chaque année pour tenir compte de l'évolution des prix.

Le présent article précise que le plafond est fixé en tenant compte du taux d'évolution des prix de l'année en cours. En outre, il permet d'instituer un correctif lorsqu'un décalage est constaté entre le taux d'évolution du plafond fixé pour une année et le taux d'évolution des prix. Ce correctif est pris en compte pour fixer le taux d'évolution du plafond de l'année suivante. Ce mode de calcul du plafond se rapproche du mode de calcul introduit en 2000 pour la revalorisation de la base mensuelle de calcul des prestations familiales.

Le **III** modifie l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, qui prévoit que le dispositif de couverture maladie universelle complémentaire est financé en partie par une contribution des organismes de protection complémentaire égale à 1,75 % de leur chiffre d'affaires, versée au fonds de financement de la CMU. L'article L. 862-4 permet en outre aux organismes complémentaires participant à la CMU de déduire de cette contribution un montant représentatif des adhésions ou contrats souscrits au titre de la CMU complémentaire.

Depuis 1999, date de mise en place de la CMU, la contribution trimestrielle s'élevait à 57 euros par personne prise en charge (soit 228 euros de déduction par an). Ce montant correspondait à l'estimation du coût qui avait été faite en 1999 de la part des dépenses des soins au titre de la CMU complémentaire.

Le fonds de financement de la CMU a, en juin 2002, effectué une évaluation des dépenses réelles supportées par les organismes complémentaires. Cette évaluation conclut à un montant moyen de dépenses en 2001 de 262 euros par an et par personne.

Afin de tenir compte de l'évolution des dépenses en 2002, le **III** propose de fixer le montant de la contribution à 283 euros.

Le **IV** vise à permettre aux caisses d'assurance maladie de mieux contrôler la réalité des ressources des demandeurs de la CMU complémentaire.

Afin de fiabiliser les informations en la matière, le Gouvernement souhaite désormais prendre en compte les ressources de l'année civile antérieure au lieu des douze mois civils précédant la demande. Cette nouvelle période de référence permettra l'exploitation par les caisses primaires d'assurance maladie des informations fournies par l'administration fiscale ou par les caisses d'allocations familiales par les déclarations de revenus. En particulier, les caisses primaires d'assurance maladie pourront désormais

vérifier la réalité des revenus perçus du demandeur qui, parce qu'il ne serait pas en mesure de présenter les justificatifs de ressources, les déclarera sur l'honneur. Les contrôles exercés par les caisses en seront donc considérablement renforcés.

Pour permettre l'application de cette mesure, le **IV** vise à autoriser les transferts d'information entre organismes, afin de permettre un meilleur contrôle des revenus des demandeurs et de réduire les ouvertures indues de droit à la couverture maladie universelle complémentaire.

**Votre commission a émis un avis favorable à l'adoption de cet article.**

## TRAVAUX DE LA COMMISSION

### I. AUDITION DU MINISTRE

*Réunie le jeudi 7 novembre 2002, sous la présidence de M. Nicolas About, président, la commission a procédé à l'audition de M. Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées sur les crédits consacrés à la santé dans le projet de loi de finances pour 2003.*

*M. Jean-François Mattei a indiqué que le projet de budget de son ministère pour 2003 s'élevait à 9,4 milliards d'euros, en progression de 4,4 % par rapport à 2002, en intégrant les crédits de gestion des politiques de santé et solidarité.*

*Il a fait part de sa satisfaction à l'égard de cette hausse qui traduisait la priorité accordée à son ministère dans un contexte fortement contraint.*

*Le ministre a d'abord souligné que le financement des grandes prestations de solidarité représentait près de 70 % du budget et que leur dynamique était très forte car elles progressaient de plus de 435 millions d'euros.*

*Il s'est réjoui de la part importante consacrée à l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et au fonds spécial invalidité (FSI) car le handicap constituait l'un des grands chantiers du quinquennat.*

*Il a souhaité rappeler l'importance de la couverture maladie universelle (CMU) mais également les mesures prises par le Gouvernement à ce titre. Il a ainsi précisé qu'une aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire avait dû être mise en place cet été à destination des personnes situées juste au-dessus du seuil d'accès à la CMU complémentaire.*

*Le ministre a cependant estimé que son fonctionnement actuel n'était pas satisfaisant. Il a en particulier rappelé que certains organismes complémentaires voulaient se retirer du dispositif car ils perdaient de*

*l'argent, compte tenu du niveau de déduction forfaitaire qui n'avait pas été revalorisé depuis 1999. Il a expliqué que cette situation était la raison d'être de la revalorisation significative (283 euros, contre 228 euros aujourd'hui) du montant de la déduction des organismes complémentaires qui participent à la CMU complémentaire.*

*Il a indiqué vouloir proposer en 2003 une réforme en profondeur du dispositif, pour clarifier le rôle des différents acteurs.*

***M. Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées,** a constaté qu'il ne disposait que d'une marge de manœuvre, limitée à 400 millions d'euros, pour conduire sa politique de santé.*

*Il a cependant estimé que le projet de loi de finances pour 2003 traduisait la priorité accordée par le Gouvernement à la santé publique, et notamment à la lutte contre le cancer, dans la mesure où d'importants financements nouveaux étaient dégagés.*

*Le ministre a également estimé que le choix implicite du curatif par rapport au préventif dans notre pays n'était plus acceptable et il a déclaré se fixer comme objectif de développer une véritable culture de la prévention.*

***M. Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées,** a ainsi indiqué que les crédits du projet de loi de finances pour 2003 affectés aux programmes de santé publique ciblés sur la prévention, en particulier le cancer et les maladies transmissibles, étaient en progression de 30 % pour atteindre 173 millions d'euros en 2003.*

*Il a également rappelé son souhait de présenter une loi-cadre de santé publique au printemps 2003 et a indiqué que 5 millions d'euros avaient été provisionnés à ce titre dans le projet de loi de finances pour 2003.*

*Il a expliqué que le premier objectif de cette loi serait de clarifier le rôle des acteurs et de définir les objectifs prioritaires de santé publique pour les cinq années à venir. Il a indiqué que des indicateurs précis accompagneraient ces objectifs afin de permettre un réel contrôle de l'action du Gouvernement par le Parlement et, au-delà, par les citoyens eux-mêmes.*

*Le ministre a rappelé qu'il s'agissait d'adopter une politique générale qui serait déclinée en fonction des différentes pathologies considérées et qu'elle s'appuierait sur des actions de communication, d'information et d'éducation ainsi que sur des stratégies de dépistage et de prise en charge précoce.*

*Concernant le cancer, qui constitue un des chantiers du Président de la République pour le quinquennat, **M. Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées,** a indiqué que 700.000 personnes étaient atteintes en France d'une maladie cancéreuse et,*

chaque année, 250.000 nouveaux cas de cancers étaient diagnostiqués. Il a souligné que le cancer représentait la première cause de mortalité prématurée en France et la deuxième cause médicale de décès, alors que 70 % des cancers étaient attribuables à des facteurs de risques sur lesquels il était possible d'intervenir efficacement.

Il a indiqué que la commission d'orientation sur le cancer, mise en place le 9 septembre 2002, identifierait les priorités sans négliger aucun des aspects d'une politique organisée et nationale de lutte contre le cancer, et prendrait en compte la prévention, l'information et le dépistage aussi bien que l'organisation du système de soins, son fonctionnement et l'accompagnement des malades.

Le ministre a insisté sur deux objectifs : le dépistage intra-familial des femmes à risque pour le cancer du sein à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2003 et le dépistage systématique du cancer du sein qui sera étendu à l'ensemble du territoire en 2004 alors que seuls 32 départements l'organisent actuellement.

Le ministre a indiqué que le projet de loi de finances prévoyait au total 35 millions d'euros supplémentaires dès l'année prochaine pour la lutte contre le cancer, soit des crédits quatre fois supérieurs à ce qu'ils étaient en 2002.

S'agissant du Sida, **M. Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées**, a fait part de son souhait de renforcer la lutte contre cette maladie et de l'intégrer dans une action internationale, conformément à l'engagement présidentiel, exprimé à nouveau avec force au cours de la 14<sup>e</sup> conférence internationale sur le Sida à Barcelone.

Il a ensuite exposé les objectifs de la politique de lutte contre le Sida en 2003 : renforcer les programmes de prévention en direction des populations prioritaires, maintenir un haut niveau d'information et de vigilance et faciliter l'accès aux dispositifs de prévention, veiller à la qualité de la prise en charge extra-hospitalière globale des personnes atteintes et, enfin, développer la formation des professionnels, en particulier sanitaires et sociaux.

Il a indiqué qu'au total, l'effort du ministère pour la lutte contre le Sida représenterait en 2003, comme en 2002, près de 65 millions d'euros.

**M. Jean-François Mattei** a également insisté sur le fait que la dimension internationale était primordiale et, qu'à ce titre, les crédits consacrés à la coopération internationale, soit 8,2 millions d'euros, progressaient de 30 %, l'accent étant mis sur l'aide publique au développement dans le domaine de la santé. Il a notamment indiqué que le groupement d'intérêt public ESTHER verrait ses crédits progresser de 3 à

4 millions d'euros afin de soutenir la création d'un réseau s'appuyant sur les établissements hospitaliers du Nord et du Sud et sur des partenariats entre les gouvernements du Nord, du Sud, de la société civile et du monde des affaires.

Concernant la question de la lutte contre la drogue et la toxicomanie, **M. Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées**, a rappelé que la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) jouait un rôle clé dans le dispositif et il s'est félicité qu'un nouveau président de la MILDT, M. Didier Jayle, médecin et professionnel de terrain, ait été récemment nommé en conseil des ministres.

Le ministre a indiqué que les crédits destinés à la MILDT étaient, certes, ramenés de 45,6 millions d'euros à 40 millions d'euros en 2003, mais que cette diminution était justifiée par la nécessité de rechercher une meilleure synergie avec le nouvel Institut national pour l'éducation en santé (INPES).

Concernant la sécurité sanitaire, **M. Jean-François Mattei** s'est tout d'abord réjoui que les pouvoirs publics aient su tirer les leçons du passé et que la France dispose aujourd'hui d'un dispositif de sécurité sanitaire nettement plus performant qu'il y a une quinzaine d'années ; il a tenu à rappeler le rôle que le Sénat avait joué dans ce domaine.

Le ministre a rappelé que la sécurité sanitaire s'appuyait très fortement sur la fonction d'expertise scientifique et d'évaluation des risques confiée aux agences sanitaires. Il a indiqué qu'il entendait veiller à la séparation de cette fonction d'expertise de la décision politique proprement dite pour ne pas mélanger l'évaluation des risques avec la question de leur gestion ; il entendait également que cette transparence favorise le débat démocratique sur des sujets souvent complexes. Il a souligné que la manière dont la question de l'embargo sur les produits bovins d'origine britannique avait été gérée illustre très bien sa démarche.

Insistant sur sa volonté de poursuivre l'effort de développement des agences et, notamment, celui de l'Institut de veille sanitaire, il a rappelé que la surveillance des pathologies contagieuses ou susceptibles de résulter d'actions bioterroristes ainsi que le signalement des infections nosocomiales restaient également une priorité.

**M. Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées**, a indiqué que les différentes agences seraient financées en 2003 à la fois par le budget de l'Etat, à hauteur de 53 millions d'euros, et par les fonds qu'elles avaient mis en réserve au cours des années passées ; le recours à ces deux sources de financement permettrait de financer 10 millions d'euros de mesures nouvelles en 2003.

*Le ministre a confirmé que l'Agence française de sécurité sanitaire environnementale serait installée dans les prochains jours et en mesure de commencer son travail dès novembre.*

***M. Jean-François Mattei** a également indiqué que les moyens propres du ministère en matière de prévention et de lutte contre les risques sanitaires liés aux facteurs d'environnement étaient renforcés de 7 millions d'euros pour atteindre 14,5 millions d'euros.*

*Il a estimé qu'on ne pouvait, à l'heure actuelle, avoir une idée claire ni de l'ampleur des risques sanitaires, ni de la hiérarchie de ces risques environnementaux et que cette absence de quantification et de hiérarchisation contribuait à une représentation parfois fantasmagique de ces problèmes dans notre société.*

*Le ministre a estimé que le contenu du principe de précaution devait faire l'objet d'un vaste débat dans la société et que, dans cette perspective, l'expertise des agences devait être mise à la disposition de la population, notamment en matière d'environnement.*

***M. Paul Blanc, rapporteur pour avis des crédits de la solidarité**, a tout d'abord interrogé le ministre au nom de **M. Gilbert Barbier, rapporteur pour avis des crédits de la santé, empêché**. Il a relevé que près de trois ans après sa mise en place, le bilan de la CMU complémentaire confirmait les craintes et les réserves qu'avait alors exprimées le Sénat : effets de seuil désastreux, qui avaient obligé à créer une CMU bis, montant insuffisant du forfait de remboursement, plafonds inadaptés en matière dentaire, procédures de paiement coordonné encore très balbutiantes... Il a souligné que tout ceci conduisait, alors même que certaines mutuelles venaient d'annoncer leur intention de quitter le dispositif, à s'interroger sur l'avenir même de la CMU complémentaire. Il a souhaité savoir quelles étaient les intentions du Gouvernement en la matière.*

***M. Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées**, a souligné le rôle social et sanitaire essentiel de la CMU. Il a rappelé qu'elle avait permis l'accès des plus démunis aux soins et couvrait aujourd'hui 4,7 millions de personnes. Il a constaté que les dépenses étaient certes plus élevées que prévu initialement, en raison sans doute d'un effet de rattrapage, mais qu'il n'était pas certain que ce niveau élevé se maintienne sur une longue période.*

*Il a fait observer que le fonctionnement de la CMU n'était pas satisfaisant en raison d'un effet de seuil massif, qui excluait du dispositif les bénéficiaires du minimum vieillesse et de l'AAH, créant de fait une vaste « trappe à pauvreté ». Il s'est dit partisan d'une généralisation de la couverture complémentaire et a précisé que le Gouvernement avait décidé de*

relever de 228 à 283 euros le forfait de remboursement pour les mutuelles, afin d'éviter que celles-ci ne se retirent de la CMU.

Après s'être réjoui de l'annonce d'une telle augmentation du tarif forfaitaire de remboursement aux mutuelles, **M. Paul Blanc, rapporteur pour avis**, a constaté que le projet de loi de financement de la sécurité sociale et, en miroir, le projet de loi de finances organisaient le transfert de l'Etat à l'assurance maladie de la prise en charge des dépenses d'IVG. Il a rappelé qu'auparavant, ces dépenses étaient supportées par l'assurance maladie puis remboursées par l'Etat. Il a relevé que les dotations budgétaires étant généralement insuffisantes pour un remboursement total, l'Etat avait contracté à l'égard de la sécurité sociale une dette qui atteignait 12 millions d'euros en 2001. Il a souhaité savoir ce qu'il adviendrait de cette dette et dans quelles conditions celle-ci serait remboursée.

**M. Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées**, a précisé les raisons qui avaient conduit le Gouvernement à décider ce transfert. Il a rappelé que le principe du remboursement de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) était inscrit dans la loi depuis 20 ans et que l'on avait, à l'époque, prévu une prise en charge par l'Etat en raison des réticences exprimées par certains de voir les cotisations sociales financer cet acte médical. Il a estimé que le contexte avait, depuis lors, profondément évolué, l'assurance maladie étant désormais financée par la contribution sociale généralisée (CSG), et l'IVG ayant, depuis la loi du 4 juillet 2001, un statut légal.

Il a expliqué que le transfert du financement de l'IVG à l'assurance maladie ne modifiait pas fondamentalement les modalités de sa prise en charge et poursuivait une logique de clarification des compétences entre l'Etat et l'assurance maladie. Il a souligné que cette décision relevait d'un souci de simplification comptable et était dépourvue de toute portée symbolique. Il a rappelé que l'IVG était un acte médical et que sa prise en charge par l'assurance maladie apparaissait, de ce fait, normale. Il a ajouté que la dette contractée à ce titre par l'Etat à l'égard de la sécurité sociale devrait normalement être honorée, dans le cadre du collectif de fin d'année.

**Mme Michèle Demessine** a mis l'accent sur la lutte contre la toxicomanie. Elle a souligné que la toxicomanie restait un fléau considérable et a regretté que les différents acteurs engagés dans cette lutte se soient quelque peu démobilisés. Elle a estimé que l'amélioration de la situation observée sur le terrain provenait pour beaucoup du recours aux produits de substitution. Elle s'est inquiétée de ce que le transfert à l'assurance maladie de la charge des structures de soins aux toxicomanes s'effectue sans régler pour autant le problème des déficits que connaissaient ces établissements.

S'agissant des personnes handicapées, elle a fait valoir que la lutte pour la citoyenneté relevait de l'ensemble des ministères ; elle a cité

*l'exemple de l'action qu'elle avait menée en tant que ministre délégué au tourisme, formulant le souhait que celle-ci soit poursuivie. Elle a souligné que la réforme de la loi de 1975 était très attendue et que l'AAH restait encore très insuffisante. Elle s'est félicitée du doublement du nombre de places en centres d'aide par le travail (CAT) mais a fait observer que ceci ne serait pas suffisant pour faire diminuer le nombre de personnes en attente d'une place.*

***M. Gilbert Chabroux** a estimé que la création de la CMU constituait une véritable conquête sociale. Il a jugé que si des imperfections subsistaient dans le dispositif, le Gouvernement pouvait à loisir y remédier, en fixant par exemple le niveau du seuil d'entrée au-dessus de l'AAH et du minimum vieillesse. Il s'est dit heureux que la lutte contre le cancer soit affichée comme une priorité du Gouvernement et s'est demandé pourquoi le dépistage systématique du cancer du sein institué à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2004 ne porterait que sur la population des femmes âgées de 50 à 74 ans. Il s'est enquis du devenir du plan Alzheimer lancé par le précédent gouvernement. Il a regretté que l'on semble s'orienter vers une certaine banalisation de l'alcoolisme et du tabagisme.*

*Il s'est montré déçu par les réponses apportées par M. Christian Jacob, ministre délégué à la famille, lors de l'audition consacrée au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 et a regretté que le Gouvernement n'ait pas véritablement de politique familiale. S'agissant de la politique du handicap, il a rendu hommage à la qualité des travaux menés sur le sujet par la commission et a souhaité obtenir des précisions sur le calendrier d'examen de la réforme de la loi d'orientation du 30 juin 1975.*

***M. Alain Gournac** a salué les actions menées par le Gouvernement en faveur des familles. Il a encouragé le ministre à poursuivre ses efforts de lutte contre les trésoreries dormantes dans certains organismes. S'agissant du Sida, il a regretté une certaine perte de vigilance de l'ensemble de la société. Il a souhaité que l'on s'inspire, en matière de lutte contre le cancer, des expériences départementales et que les efforts menés en faveur d'une certaine standardisation ne se fassent pas au détriment des institutions départementales. Il a souligné que la réforme de la loi de 1975 était très attendue par les personnes handicapées.*

***M. Alain Vasselle** a indiqué qu'il n'était pas totalement convaincu de la nécessité de transférer à l'assurance maladie, qui connaissait des déficits importants et répétés, la prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse (IVG). Il s'est demandé s'il ne s'agissait pas là d'un nouveau tour de passe-passe du ministère des finances pour alléger l'Etat d'une charge budgétaire. Il a considéré que la prévention des IVG était une mission de santé publique, de nature régaliennne, et qu'elle ne relevait pas de la compétence de l'assurance maladie. Il a souhaité savoir si un effort particulier serait mené en faveur du dépistage du cancer de la prostate et si le*

*Gouvernement avait prévu des investissements particuliers en faveur des équipements hospitaliers destinés à la détection des cancers.*

*Il a souligné que le niveau actuel de l'AAH apparaissait ridicule face aux besoins des personnes handicapées. Citant l'exemple de certains établissements qui pratiquaient un tarif journalier de 100 francs par jour, il a fait valoir qu'il restait parfois moins que 500 francs par mois aux personnes handicapées pour faire face au reste de leurs dépenses. Il a signalé que certains foyers occupationnels devenaient parfois de véritables prisons sociales en raison du refus qu'ils opposaient, pour des raisons financières, aux familles souhaitant récupérer leur enfant pour le week-end ou pour les vacances.*

*Mme Gisèle Printz a mis l'accent sur la nécessité d'un effort de prévention de l'ostéoporose.*

*M. André Lardeux s'est félicité du souhait du ministre de recentraliser la lutte contre le cancer ; il a souligné qu'une démarche similaire serait bienvenue pour d'autres pathologies telles que la tuberculose ou les maladies sexuellement transmissibles. Il a mis l'accent sur les conséquences que pouvaient avoir, pour les départements, certaines décisions prises par l'Etat : la création de places en CAT générerait mécaniquement une augmentation de demandes de places d'hébergement ; de même, les efforts d'intégration scolaire des enfants handicapés impliquaient une adaptation des transports scolaires. Il a souhaité que l'on engage une concertation sur les modalités de répartition du financement des établissements entre les personnes hébergées et les financeurs publics.*

*Mme Annick Bocandé a souligné que l'intégration scolaire des jeunes enfants handicapés constituait un problème difficile et une attente forte des familles. Elle a fait observer que ces familles étaient parfois confrontées à un véritable parcours du combattant pour obtenir la scolarisation de leur enfant handicapé et qu'elles devaient même, dans certains cas, participer financièrement à l'adaptation des locaux. Elle a souhaité que l'on parvienne à un meilleur équilibre du territoire en résorbant le déséquilibre entre zones rurales et urbaines.*

*Mme Nelly Olin a fait part de son inquiétude quant au manque de professionnalisme d'un certain nombre d'associations oeuvrant dans la lutte contre la toxicomanie. Elle a souhaité que l'on mette en place des formes de contrôle de nature à éviter les improvisations et les insuffisances parfois constatées sur le terrain.*

*Revenant sur la question de la CMU, M. Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, a rappelé que ce dispositif s'inspirait largement du projet d'assurance maladie universelle, préparé par le gouvernement Juppé avant l'alternance. Il a*

*cependant estimé que le fait d'avoir supprimé la logique assurancielle avait conduit à la création d'effets de seuil. Il a indiqué que la réforme qu'il projetait visait précisément à lisser ces effets de seuil à travers une aide dégressive à l'acquisition d'une couverture complémentaire.*

*Concernant le dépistage du cancer du sein, il a expliqué que la tranche d'âge choisie reposait sur des critères épidémiologiques. Plus largement, il a estimé que trois types de dépistages, concernant les cancers du sein, de l'utérus et du colon, pouvaient d'ores et déjà être systématisés et que d'autres cancers, notamment celui de la prostate, présentaient des pistes intéressantes mais encore inabouties.*

*S'agissant de la lutte contre la toxicomanie, le ministre a rappelé que ces affections se situaient aux confins du médical et du social, ce qui conduisait à déterminer un domaine relevant des soins, sous la responsabilité de l'assurance maladie et un volet prévention, financé par l'Etat. Il a par conséquent estimé que, malgré le transfert vers l'assurance maladie du financement des centres de prévention et de soins en addictologie, les associations devraient continuer à recevoir des financements de l'Etat au titre des actions relevant de sa responsabilité.*

*Il a précisé que ni la question de l'alcool, ni celle du tabagisme n'étaient oubliées du Gouvernement. Il a souligné, à ce titre, que, malgré la similitude du processus de dépendance, l'expérience de terrain prouvait que la démarche de soins et l'accompagnement social ne pouvaient pas être les mêmes et qu'en tout état de cause, une personne alcoolique pouvait éprouver des difficultés à aller se faire soigner dans un centre pour toxicomanes.*

**M. Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées**, a également insisté sur la nécessité d'une évaluation de la qualité du travail des associations, qui, oeuvrant dans ce domaine, sollicitaient des fonds publics. Il a, en particulier, estimé que la signature de conventions d'objectifs et de moyens était de nature à garantir le sérieux des associations, tout en leur assurant des moyens de fonctionnement pérennes.

*Concernant le plan Alzheimer lancé par le précédent gouvernement, le ministre a déclaré qu'il était toujours au nombre de ses préoccupations mais que le projet de budget pour 2003 devait malgré tout établir des priorités. En tout état de cause, il a estimé que la lutte contre cette maladie devait relever d'une approche interministérielle, associant son ministère et celui des affaires sociales, mais également celui de la recherche.*

*Revenant sur la loi-cadre de santé publique qu'il présenterait prochainement au Parlement, **M. Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées**, a précisé que sa méthode consisterait naturellement à consulter les régions pour faire remonter à la fois les problèmes et les bonnes pratiques.*

## II. EXAMEN DE L'AVIS

Réunie le mardi 26 novembre 2002, sous la présidence de **M. Nicolas About, président**, la commission a procédé à l'examen du rapport pour avis de **M. Gilbert Barbier** sur le projet de loi de finances pour 2003 (crédits consacrés à la santé).

**M. Gilbert Barbier, rapporteur pour avis**, a présenté les grandes lignes de son rapport (cf. exposé général).

**Mme Sylvie Desmarescaux** a souligné l'importance d'une mobilisation de tous les acteurs en faveur du dépistage du cancer du sein. Elle a cité l'exemple de l'initiative intitulée « octobre rose », menée dans le département du Nord qui associe élus locaux et associations pour inciter les femmes à se faire dépister. Elle a mis l'accent sur les efforts nécessaires pour convaincre la population de s'associer aux efforts de dépistage.

**M. Francis Giraud** a estimé que la création d'un ministère de la santé de plein exercice constituait une avancée essentielle. Il a souligné la nécessité de définir une politique globale de santé publique, centrée sur l'éducation à la santé. Il a considéré que rien ne pouvait se faire en la matière sans la confiance des professionnels de santé.

**M. Paul Blanc** a rappelé la grande misère de la santé scolaire en France et s'est demandé s'il ne conviendrait pas de confier cette mission au ministère de la santé plutôt qu'à celui de l'éducation nationale.

**M. Guy Fischer** a indiqué qu'il voterait contre ce projet de budget par cohérence avec les positions exprimées sur l'ensemble des budgets du travail, de la santé et de la solidarité, mais également sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale. Il a mis l'accent sur les problèmes que connaissait la médecine scolaire, particulièrement dans les collèges, lycées et universités. Il a rappelé que le rapport de **Mme Claire Brisset**, défenseure des enfants, consacré à la santé des enfants révélait de très fortes inégalités de situation.

**M. André Vantomme** a demandé si la commission avait progressé dans sa réflexion sur la compensation du handicap et si le rapport d'information, présenté par **M. Paul Blanc** en juillet dernier, allait déboucher prochainement sur des pistes de réformes. Il a évoqué la situation sanitaire

désastreuse des prisons et a demandé si cette question relevait des crédits de la santé.

**M. Jean-Claude Etienne** a relevé que le Gouvernement mettait l'accent sur le dépistage du cancer du sein. Il a souhaité savoir si des efforts similaires étaient menés en faveur du dépistage du cancer du col de l'utérus. Il s'est demandé s'il ne serait pas opportun de faire en sorte que les étudiants en 3<sup>e</sup> cycle d'études médicales puissent jouer un rôle dans la prévention en participant par exemple à la permanence des soins, à la médecine scolaire ou au remplacement de praticiens dans les zones rurales.

En réponse aux différents intervenants, **M. Gilbert Barbier, rapporteur pour avis**, a constaté qu'un certain nombre de questions, notamment celles portant sur la médecine scolaire, la médecine pénitentiaire ou les études médicales ne relevaient pas des crédits de la santé. S'agissant du dépistage du cancer, il a estimé que les actions menées dans ce domaine avaient beaucoup souffert du scandale de l'association pour la recherche contre le cancer (ARC). Il a fait valoir que les collectivités locales pouvaient naturellement intervenir mais que cela ne remplaçait pas le dynamisme des associations.

Evoquant la santé scolaire, il a considéré qu'il s'agissait moins d'un problème de rattachement ministériel que de moyens insuffisants consacrés notamment aux professionnels concernés. Il a indiqué que des efforts importants étaient accomplis en faveur du dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer de la prostate. Il a rappelé que les crédits de la santé ne comprenaient aucune dotation relative à la prise en charge du handicap.

**M. Jean-Claude Etienne** a souligné que le cancer de la prostate était beaucoup plus fréquent que le cancer du col de l'utérus mais qu'il restait « dormant » dans la plupart des cas.

En réponse à M. André Vantomme, **M. Paul Blanc** a indiqué que les travaux menés par la commission sur la compensation du handicap conduiraient prochainement au dépôt d'une proposition de loi, mais que, déjà, le projet de budget de la solidarité comportait des mesures concrètes allant dans le sens des préconisations de la commission.

A l'issue de ce débat, la commission a émis un **avis favorable à l'adoption des crédits de la santé pour 2003**.

La commission a ensuite examiné l'article 78, rattaché au budget de la santé.

**M. Gilbert Barbier, rapporteur pour avis**, a précisé que cet article additionnel introduit par l'Assemblée nationale résultait de l'adoption d'un amendement présenté par le Gouvernement. Il a indiqué que l'article visait à revaloriser significativement, au 1<sup>er</sup> janvier 2003, la déduction forfaitaire

*qu'opèrent les organismes d'assurance complémentaire participant à la CMU en la portant de 228 à 283 euros par bénéficiaire et par an. Ce niveau de revalorisation correspondait au coût moyen de la dépense pour les organismes complémentaires en 2002. Cette déduction n'avait pas été revalorisée depuis 1999, date de mise en place de la CMU.*

***M. Gilbert Barbier, rapporteur pour avis, a proposé d'émettre un avis favorable sur cet article.***

***La commission a émis un avis favorable à l'adoption de l'article 78, rattaché à l'examen de ces crédits.***